

ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG

ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN UND DEN



IM REICHSAUSSCHUSS ZUSAMMENGESCHLOSSENEN KOMITEES UND VEREINIGUNGEN

SCHRIFTLEITUNG:
PROFESSOR Dr. C. ADAM, BERLIN
NW 6, Luisenplatz 2—4

VERLAG:
GUSTAV FISCHER IN JENA

Nummer **7** | Freitag, den 1. April 1932 | **29.** Jahrgang

Inhalt.

Z. ärztl. Fortbildung. 29. Jahrg. | Nr. 7 | S. 197—228, Jena, 1. 4. 1932

Die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung" erscheint monatl. 2mal. Preis (durch alle Buchhandlungen und Postanstalten) vierteljährlich Rmk 4.—. Die Zustellungsgebühr beträgt für Deutschland, Oesterreich, Luxemburg, Memelgebiet 60 Pf., für das Ausland 90 Pf. Die Mitglieder des Dtsch. Aerztevereinsbundes erhalten die Zeitschrift zum Vorzugspreis von vierteljährlich Rmk 3.40 gebührenfrei. / Studierende, Praktikanten und Hilfsärzte in nicht vollbezahlter Stellung erhalten die „Z. f. ä. F." zum ermäßigten Preise von vierteljährlich Rmk 2.70 gebührenfrei. / Für Zahlungen an den Verlag: Postscheck-Konto Erfurt 986, Haag 73041, Stockholm 4109, Zürich VIII 11055: Postsparkassen-Konto Wien 156780, Budapest 36646; Tschechoslowakei: Prag, Postsparkassen-Konto 501840 und Kreditanstalt der Deutschen (und deren Filialen). / Wenn Abbestellung nicht erfolgt, gilt der Bezug als erneuert.

Anzeigenannahme: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35, Potsdamer Straße 27 a, Tel. Kurfürst 7865—67, 7885—87, sowie deren sämtliche Zweigstellen und Vertretungen im In- und Auslande. — Anzeigen: die 5gespaltene, 36 mm breite Millimeterhöhe: Rmk —.23 Rabatt nach Tarif.

Inhaltsverzeichnis der Referate:

Dieser Nummer liegen folgende Prospekte bei: *1) Staatliches Moor-, Kohlensäure- und Mineralbad, Bad Elster. 2) C. H. Boehringer Sohn A.-G., Nieder-Ingelheim a. Rh.,* betr. Acedicon. *3) Gustav Fischer, Verlag, Jena,* betr. Literatur für Sportärzte.



Notizen.

Starke Preissenkung in Bad Elster. Der allgemeinen Wirtschaftsnot Rechnung tragend hat die Badedirektion des sächsischen Staatsbades Bad Elster die Preise für die Saison 1932 erneut ganz erheblich gesenkt, so daß sie bis zu 25 Proz. unter den noch im Frühjahr 1931 erhobenen Gebühren liegen. Der Preisabbau erstreckt sich aber nicht allein auf die Kurtaxe, sondern auch die Preise der Bäder, der Hotels und Pensionen sind wie das ärztliche Honorar zeitgemäß gesenkt worden, so daß alle vom Abbau betroffenen Staatsbürger mit verringerten Ausgaben rechnen können. Wer ganz sicher gehen will, wird in einer der vier Gruppen der Pauschalkuren, mit deren Einführung Bad Elster voranging, das ihm Zusagende finden. Diese Pauschalkuren sind, was besonders hervorzuheben ist, an keinen Einkommensnachweis gebunden. Auch hat der Kurgast in der Wahl der Jahreszeit völlig freie Hand, kann also, wenn es seine Zeit ihm nicht anders gestattet, auch in der Hauptsaison davon Gebrauch machen. Daß die natürlichen Kurmittel des Bades dem Pauschalkurgast in Bad Elster in unbegrenzter Zahl zur Verfügung stehen, bedarf weiterhin besonderer Erwähnung, so daß auch die ernsteste Kur nicht durch eine hohe Bäderzahl verteuert wird.

Bad Salzuflen am Teutoburger Walde. Das besonders wegen seiner Erfolge bei Herz- und Rheumaerkrankungen zur Berühmtheit gelangte Thermalbad Salzuflen hat mit seinen Frühjahrskuren begonnen. Alle Kurmittel stehen dem Kurbedürftigen zur Verfügung. Zahlreiche Unterhaltungen werden geboten. Das staatliche Hotel Fürstenhof hat seine Pforten wieder geöffnet. Die Preise für Unterkunft, Kurtaxe und Kurmittel sind den Zeitverhältnissen entsprechend herabgesetzt. Prospekte sind durch Reisebüros und die Badeverwaltung erhältlich. In der Zeit vom 6. bis 10. April tagt die Balneologische Gesellschaft und vom 30. April bis 1. Mai findet ein ärztlicher Fortbildungskursus statt.

Wir lesen in der „Insel“: Zur persönlichen Sicherheit auf nächtlichen Überlandfahrten suchte ich beim Polizeiamt um die Erlaubnis nach, einen Revolver tragen zu dürfen. Das Polizeiamt übersandte den Waffenschein mit folgendem Vermerk: „Herrn prakt. Arzt Dr. X. wird hierdurch die Erlaubnis zum Führen einer Pistole, Kal. 6,35 mm. bei Ausübung seiner ärztlichen Praxis im Land- und Stadtbezirk erteilt.“

Von den meisten Krankenkassen zugelassen
Literatur und Proben stehen zur Verfügung



(Kolloidale komplexe Diacetyltanninsilbereiweißverbindung D.R.P.)

Das hochwirksame, stark bactericide, stark ausgeprägt antiphlogistische und tiefwirkende Mittel gegen bakterielle und katarrhalische Erkrankungen aller Schleimhäute, besonders gegen

Gonorrhoe und Conjunctivitis

Absolut schmerz- und reizlos. Ohne jegliche Ätzwirkung: Verhütung von Argyrosis bei der Conjunctivitis. Vermeidung von Komplikationen bei Gonorrhoe. Abkürzung der Krankheitsdauer, daher wirtschaftlich

GÖDECKE & CO. CHEMISCHE FABRIK A.G. BERLIN-CHARLOTTENBURG 1



MIT SOLCHEN PATHOLOGISCHEN VORSTELLUNGEN
STETS DIESE BEIDEN THERAPEUTISCHEN BEGRIFFE:

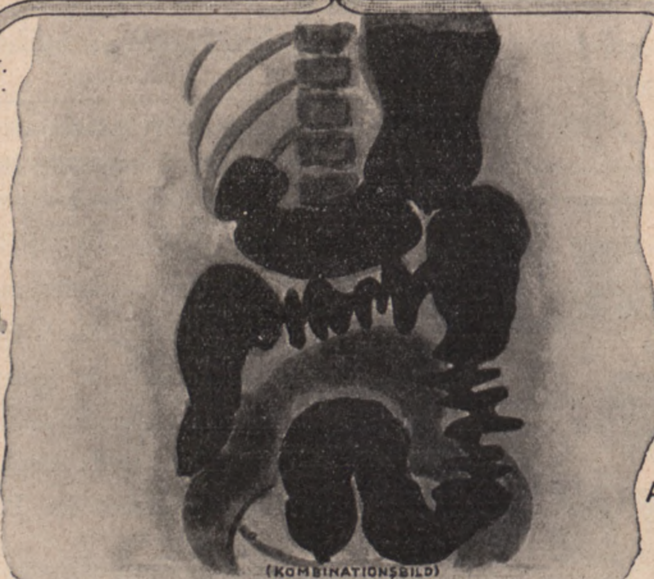
GASTRONIDA

MAGNES. PEROXYD., MAGNES. UST.
BISMUT SUBSALICYL. CALC. CARB.
PLV. LIQUIR. MIXT.

20 TABL. RM. -.70
40 TABL. RM. 1.25



HYPERACIDITÄT
ULCUS VENTRICUL.
ULCUS DUODENI
FLATULENZ
OBSTIPATION
DYSENTERIE
THYPHUS


(KOMBINATIONSBILD)

GASTRONIDA
COMPOSITA

MAGNES. PEROXYD., MAGNES UST.
BISMUT. SUBSALICYL., CALC. CARB.
PLV. LIQUIR. MIXT., EXTRACT. BELLADONN. 0,0075.

20 TABL. RM. -.80
40 TABL. RM. 1.45



VAGUSNEUROSEN
HYPERACIDITÄT
ULCUS VENTRICUL.
ULCUS DUODENI, FLATULENZ
SPASTISCHE OBSTIPATION
ANGINA SUBDIAPHRAGMAT.
ARTERIOSKLEROTISCHE BESCHWERDEN IM ABDOMEN



ZUR KRANKENKASSENVERORDNUNG FAST ÜBERALL ZUGELASSEN.
LABORATORIUM REUMELLA, BERLIN SO.36.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Unter ständiger Mitwirkung von

Prof. Dr. F. KRAUS, Geh. Med.-Rat, Berlin — Prof. Dr. F. MÜLLER, Geh. Hofrat, München — Geh. San.-Rat Dr. A. STAUDER, Vors. d. Dtsch. Ärztevereinsbundes

redigiert von

Prof. Dr. C. ADAM in Berlin

29. Jahrgang | Freitag, den 1. April 1932 | Nummer 7

Abhandlungen.

1. Wie ist der Erfolg bei therapeutischem Handeln zu bewerten?

Von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Goldscheider** in Berlin.

Auf den ersten Blick erscheint der Erfolg als der sicherste Prüfstein einer Heilbehandlung. Ist es doch das Ziel derselben, dem Kranken zu helfen, und läßt sich doch an der ihm geleisteten Hilfe der Erfolg abschätzen. Zahlreiche dankbare Patienten rühmen den Erfolg der ärztlichen Behandlung; wir Ärzte sind stolz auf unsere therapeutischen und prophylaktischen Erfolge, die wir ohne Zweifel in vielen Fällen buchen können und bewerten nach ihnen unsere Heilmittel.

Den Erfolg als Maß menschlichen Handelns überhaupt anzusehen ist eine selbstverständliche und berechtigte Gewohnheit. Wir wissen aber auch aus den täglichen Lebenserfahrungen, daß Erfolg und Nichterfolg von einer Vielheit von Bedingungen abhängt, von denen nur ein Teil der Beherrschung durch unseren Willen zugänglich ist. Oft streitet Verdienst und Glück um den Erfolg. In der Heilkunst ist der Erfolg als Maß der Güte des Arztes oder der Behandlungsmethode in Wirklichkeit viel schwieriger zu beurteilen als es zunächst den Anschein hat. Man denke an die Divergenzen und Wandlungen in der Beurteilung von Heilmethoden, wie z. B. der Heilserumbehandlung der Diphtherie. Man erwäge, daß die gleiche Krankheit im Laufe der Zeiten nach den verschiedenartigsten Methoden behandelt und allen ein Erfolg zugeschrieben worden ist, so z. B. die Pneumonie. Eine ganze Anzahl von Mitteln, denen man früher Erfolge nachrühmte, kennen wir kaum mehr dem Namen nach.

War nun der Ruhm ungerecht oder ist es die Vergessenheit? Jedenfalls liegt ein menschlicher Irrtum in der Beurteilung des Erfolges vor.

Alle Außenseiterheilsysteme, wie sie auch heißen mögen, verzeichnen Erfolge, durch die sie angeblich bestehen. Wenn somit der Erfolg bzw. der vom Patienten angegebene Erfolg das einzige oder wesentliche Kriterium der Therapie bildete, würden alle Heilmethoden wirksam sein.

Die bekannte banale ärztliche Spruchweisheit, post hoc ist nicht propter hoc, warnt vor falschem kausalem Denken und zeigt, daß hier oft der Fehler der Erfolgsbeurteilung gelegen ist.

Den Kernpunkt bei der Beurteilung des therapeutischen Erfolges bildet in der Tat die Frage des ursächlichen Verhältnisses innerhalb einer Reihe von folgweise ablaufenden Geschehnissen. Sachkenntnis und geschärftes wissenschaftliches Denken führen in Fragen der Kausalität zu Kritik und Skepsis. Das unwissenschaftliche Heilkünstlertum zeichnet sich meist durch eine frisch-fröhliche Bedenkenlosigkeit aus, der es eben auch zum großen Teil seine suggestive Kraft verdankt. Aber auch unter den Schulmedizinern finden wir nicht wenige, die mit dem Brustton der Überzeugung auf ihre Erfolge schwören, was übrigens viel beliebter macht als grämliche Logik und zweifelnde Skepsis, und daher auch für die Praxis erfolgreicher ist, — nicht gerade zum Ruhme des leidenden Homo sapiens, der aber entschuldbar ist, denn der Leidende wendet sich dorthin, wo ihm Verheißung winkt.

Zu der Schwierigkeit des Urteils darüber, wie der Verlauf der Krankheit ohne die angewendete Therapie gewesen wäre, ist folgendes zu bemerken: Es ist bekannt, daß die Schädigung des Organismus natürliche Reaktionen auslöst, die vielfach im Sinne der heilsamen Regulierung verlaufen; und diese hippokratische Physis zu unterstützen, ist ja eben die wissenschaftliche naturgemäße Medizin bestrebt. Der bestimmende, nicht zu bestreitende und so oft vergessene Faktor der natürlichen Neigung zur Selbstheilung ist von größter Bedeutung und stempelt manchen angeblichen Erfolg zum natürlichen zwangsläufigen Ereignis, das sowohl von dem gedankenlosen wie von dem raffinierten Zeichendeuter gern begrüßt und ausgenutzt wird. Um sich vor dem Fehler zu schützen, den natürlichen Krankheitsverlauf mit seinen unzähligen Mannigfaltigkeiten als Folgen eines Heilmittels zu werten, ist eine sehr genaue Kenntnis der Krankheiten sowohl in Hinsicht der Erfahrung wie der wissenschaftlichen Grundlage erforderlich.

Eine weitere Schwierigkeit bei der Beurteilung der Wendungen des Krankheitsverlaufes betrifft die Frage, ob eine solche im gegebenen Falle

überhaupt eine heilsame ist. Auch dies scheint zunächst sehr einfach zu sein, und in vielen Fällen dürfte es auch kaum Schwierigkeiten haben, eine eingetretene Besserung oder Verschlechterung festzustellen. Aber auch eine ausbleibende Besserung kann in Wirklichkeit ein Erfolg sein, wenn der Fall so liegt, daß ohne die Therapie der Tod oder eine fortschreitende Verschlimmerung eingetreten wäre.

Umgekehrt kann gelegentlich eine anscheinende Besserung in Wirklichkeit eine Verschlechterung bedeuten, so z. B. Fiebernachlaß durch Kollaps, Senkung eines krankhaft erhöhten Blutdrucks durch Herzschwäche.

Auch die falsche Auslegung gleichgültiger Symptome im Sinne einer Besserung oder Verschlechterung gehört hierher, wie z. B. die irrtümliche Deutung von Kalkseifenniederschlägen im Stuhlgang als Gallensteine nach Ölgaben oder die bedingungslose Identifizierung von Hautblässe mit Blutarmut.

Kurz, ein scheinbarer Nichterfolg kann ein Erfolg, ein scheinbarer Erfolg ein Nichterfolg sein.

Ein weiterer für die Würdigung des Erfolges sehr wichtiger Gesichtspunkt bezieht sich darauf, ob dem Erfolg eine objektive Wirklichkeit zukommt oder ob er nur ein subjektiver ist. Um mich deutlicher auszudrücken, so sei daran erinnert, daß wir es bei jeder Krankheit mit 2 verschiedenen Erscheinungsreihen zu tun haben: mit der objektiven Krankheit, d. h. den wirklich vorhandenen krankhaften morphologischen, funktionellen und psychischen Veränderungen und dem subjektiven Bilde, das sich der Kranke von seiner Krankheit macht. Dies von mir als autoplastisch bezeichnete Bild enthält die subjektiven Krankheitsempfindungen und Gefühle sowie die Wahrnehmungen, die dem Kranken von seinem Kranksein zugehen und endlich den gesamten Gedankenkomplex, der in ihm, dem kranken Menschen, über sein Leiden ausgelöst wird und als Erlebnisinhalt desselben in seinem Bewußtsein vorhanden ist. Das autoplastische Krankheitsbild ist daher für den Kranken erkenntnismäßig seine Krankheit. Dasselbe kann nun durch die verschiedensten Faktoren sowohl nach der guten wie nach der schlechten Seite hin beeindruckt werden, ohne daß die objektive Krankheit eine Änderung erfährt. Hierher gehört z. B. die seelische Herabsetzung der Krankheitsgefühle, die Vortäuschung von Besserung durch Narcotica, umgekehrt die subjektive Verschlimmerung durch Verminderung von Benommenheit (z. B. Rekonvaleszenz von Infektionskrankheiten). Nähere Ausführungen hierüber würden zu weit führen.

Um nun noch einmal auf die wissenschaftliche Prüfung des Erfolges einer angewendeten Therapie zurückzukommen, so müssen selbstverständlich alle für den Krankheitsverlauf in Betracht kommenden Faktoren geprüft werden, ehe man sich entschließt, das angewandte Mittel kausal für die Besserung oder Verschlechterung oder das Ausbleiben eines Erfolges heranzuziehen. Hierher gehört die einwandfreie Diagnose, die Sachkenntnis von dem natürlichen Verlauf der Krankheit, die Kenntnis von dem individuellen Verlauf des vorliegenden Falles, von der Prognose, ferner die Berücksichtigung der Konstitution, der gesamten Umwelt, der Diät, Pflege, der etwa veränderten Lebensweise. So einfach und selbstverständlich dies alles erscheint, so schwierig ist es, diese Posten exakt und fehlerfrei einzusetzen. Genaue Untersuchung, viel Wissen, Können und Erfahrung, rücksichtslose Wahrheitsliebe, und endlich Zeit gehören dazu, um diesen Aufgaben gerecht zu werden. Oft wird die Bewertung des Erfolges schon dadurch in Frage gestellt, daß die Diagnose trotz scheinbarer Untrüglichkeit nicht stimmt. Nicht selten haben wir mit der Schwierigkeit zu kämpfen, daß nicht ein, sondern mehrere Mittel verabreicht worden sind, oder daß mehrere für die Gestaltung des Erfolges bedeutungsvolle Bedingungen zusammengewirkt haben.

Es muß durchaus verlangt werden, daß bei jedem angeblichen Erfolg festgestellt wird, unter welchen Bedingungen er eingetreten ist, und daß nicht in der bekannten oberflächlichen laienhaften Art von Erfolgen schlechthin gesprochen, sondern stets betont wird, daß der beobachtete Erfolg lediglich für die Bedingungen gilt, unter denen er erzielt worden ist.

Zum Nachweise der Kausalität der angewandten Heilmaßnahmen gehört ferner der statistische Beweis. Das übliche Anführen einzelner Fälle beweist so gut wie gar nichts. Es muß vielmehr nachgewiesen werden, daß die erfolgreiche Anwendung des Mittels im Verhältnis zu der Zahl der überhaupt erfolgten Anwendungen so häufig vorgekommen ist, daß der Erfolg als wahrscheinlich bezeichnet werden darf. Dabei muß es sich um hinreichend große Zahlen handeln. Auch die Statistik verlangt, wie jeder weiß, ein hohes Maß von Kritik. Die Anerkennung eines Heilerfolges erfordert somit einen wirklich wissenschaftlichen Beweis.

Die Verwirrung, die namentlich in Laienkreisen bezüglich therapeutischer Erfolge herrscht, ist größtenteils durch die Nichtbeachtung dieser Forderungen bedingt. Auch in der Wissenschaft wird außerdem zuweilen das nüchterne Urteil vom Temperament überrannt. Nicht selten werden in der Bevölkerung die unglaublichsten Dinge kolportiert, zum Teil unter suggestiver Mitwirkung der Kurpfuscherei. Wenn man einmal in der Lage ist, den Wunderkuren auf den Grund zu gehen, so stellt sich die Sachlage ganz anders heraus.

Bedenkliche Fehler treten uns zuweilen bei der Verallgemeinerung von Erfolgen entgegen. Das leichtfertige Übertragen des Erfolges auf Verhältnisse, die sich wesentlich von denen unterscheiden, bei welchen der Erfolg beobachtet worden ist, muß zu Irrtümern führen, die sich in der Heilkunde katastrophal auswirken können. Nicht selten sind Erfolge nur eingebildet oder beruhen auf falscher Beobachtung oder falscher Schlußfolgerung. Es wird ein Mittel eingenommen, bei dessen Verwendung gewisse Beschwerden fehlen, die früher vor-

handen gewesen waren. Der Kranke zieht den Schluß, daß die Beschwerden ohne Gebrauch des Mittels wahrscheinlich aufgetreten wären. Dies kann richtig oder falsch sein, und selbst die Richtigkeit zugegeben, können noch andere unbekannte Bedingungen Ursache sein.

Der Wechsel der Erfolge ist auch davon abhängig, mit welchem Maße von Gewissenhaftigkeit und Ausdauer die verordnete Therapie zur Ausführung gelangt. Ich erinnere an Diät- und Bewegungskuren, Massage- und Bäderbehandlungen, ganz allgemein an Kuren, bei denen es auf Befolgung strenger Vorschriften ankommt oder bei denen materielle und soziale Umstände stark mitsprechen. Vielfach ist die Ausführung der Kur mehr als gut, ist in die Hände des Patienten selbst gelegt; der Kranke muß vielfach „mithelfen", soll die Kur gelingen. Hier stoßen wir auf psychologische Bedingungen des Erfolges: Einsicht, Verständnis, Gewissenhaftigkeit, vor allem Vertrauen zum Arzt und zur Behandlung. In Kurorten machen die Patienten immer noch zum Teil ihre Kur ohne den Arzt zu hefragen. Dadurch kann der Erfolg trotz bester Kurmittel in Frage gestellt werden.

Auch von der Konstitution ist der Erfolg der Therapie in so hohem Maße abhängig, daß es zuweilen unmöglich ist zu sagen, was beim Erfolg oder Nichterfolg die konstitutionelle Anlage ausgemacht hat.

Sehr oft werden wir Ärzte dadurch in eine schwierige Lage gebracht, daß ein Erfolg da ist, der nur eine Anzahl von Symptomen betrifft, den Kern aber unberührt läßt. So kommt es bei der Lungentuberkulose vor, daß das Fieber, die Beschaffenheit des Auswurfes, das Körpergewicht gebessert werden, der tuberkulöse Prozeß aber schließlich sich als unverändert herausstellt.

Es besteht überhaupt ein ungeheurer Unterschied zwischen Besserung und Heilung, und zuweilen könnte man darüber streiten, in welchem Maße der Verlängerung eines qualvollen Daseins ohne Heilung noch ein Erfolgswert beizumessen ist.

Die Wertung des Erfolges in der Heilkunde ist, wie wir sehen, nicht so einfach, wie es auf den ersten Blick erscheint und wie es viele Menschen glauben, sondern sehr schwierig; ja sie stellt uns zum Teil vor Probleme, die vorläufig unlösbar sind, z. B. bezüglich des zeitlichen Eintretens und der Dauer des Erfolges.

Die Medizin ist an gesetzmäßigen und daher sicher berechenbaren Erfolgen, wie wir einen solchen z. B. in der Malariatherapie durch Chinin antreffen, nicht eben reich. Vielfach sind vielmehr die Bedingungen, die den Erfolg beeinflussen, so kompliziert, daß man wohl ein Verständnis für die Unsicherheit therapeutischer Schlußfolgerungen gewinnen kann.

Dennoch werden wir auf die Heranziehung des Erfolges für die Beurteilung unserer Heilkunst keineswegs verzichten dürfen.

Am meisten schwankend ist die Grundlage der Erfolgswertung, sobald es sich um das autoplastische Bild handelt. Der seelischen Beeinflussung kommt hierbei ein nicht geringer Anteil zu. Gewisse Behandlungsmethoden beanspruchen das Gefühlsleben des Kranken in bemerkenswertem Maße und üben auf disponierte Menschen einen viel größeren Einfluß aus als der verstandesmäßige Appell, insonderheit auf das Gemütsleben, auf Fühlen und Wollen, auf Stimmungen, Triebe, Affekte, Leidenschaften, Wünsche, auf Hoffnung und Entsagung. Sie finden daher ihren Weg zum Vertrauen in auffälligem Grade. Hier liegt der Schlüssel zum Verständnis für manche Erfolge der Persönlichkeit des Arztes sowie von manchen Außenseitermethoden.

Das Vertrauen bildet eben die Brücke zum Erfolg. Es bringt zu Wege, daß Diagnose und therapeutische Ratschläge als unantastbare Wahrheiten, die Prognose als Verheißung aufgenommen werden. Das autoplastische Bild wird gemäß der ärztlichen Führung seitens der Persönlichkeit, an die der Kranke glaubt, umgestimmt. Krankheitsgefühle verblassen, quälende Zweifel verschwinden, Sorge wird ersetzt durch das geglaubte Wort, das wie eine Tatsache vor dem Kranken steht, der sein Leiden in anderer Gestalt und Beleuchtung sieht, von einem höheren Standpunkte aus, der die Höhen und Tiefen des Leidens flacher erscheinen läßt.

Aber auch das Wollen wird durch das felsenfeste Vertrauen angetrieben und gelenkt, der Reibungswiderstand des Impulses wird überwunden. Der Wille übt sich in der geduldigen Erfüllung der Kurvorschriften und in aktiver Hemmung vegetativer Reflexe und automatischer Reizabläufe. Stimmungen, Triebe, Affekte werden willensmäßig ausgeschaltet. Die Wirkungen des Vertrauens gehen somit, falls die therapeutischen Ratschläge rationell sind, über das autoplastische Bild hinaus. Die Gründe des Vertrauens zu Persönlichkeiten und Dingen stellen unser Verständnis allerdings zuweilen vor Unbegreiflichkeiten. Der Erfolg kann besonders auffällig sein, wenn es sich um einen der zahlreichen Patienten handelt, die eigentlich nicht sonderlich krank, aber mit einem ausgesprochenen autoplastischen Krankheitsbilde behaftet sind und sich viel mit introspektativen Betrachtungen ihrer Beschwerden beschäftigen.

Ganz außerordentliche Schwierigkeiten für die Wertung medizinischer Erfolge bietet die sehr wichtige Frage der Dauer. Mit schnell vorübergehenden Änderungen des Krankheitsverlaufes wird man leichtes Spiel haben. Häufig aber liegen die Dinge so, daß sich Besserungen von mehrwöchiger, mehrmonatiger Dauer finden, die eine Heilung vortäuschen, und dann doch der definitive Fehlschlag eintritt. Oder daß der Erfolg nur so lange andauert, als die Kur angewendet wird. Ist diese dauernd ausführbar (z. B. Insulinkur bei Diabetes, Leberkur bei perniziöser Anämie, Schilddrüsenkur hei Myxödem), so werden wir nicht anstehen dürfen, dem Mittel einen hohen Heilwert zuzuerkennen. Erheblich ungünstiger ist der Erfolg, wenn die Heilkraft des Mittels sich allmählich abschwächt und die Dauer des Erfolges immer kürzer wird.

Wie lange soll man warten, ehe man ein Urteil über den Erfolg eines Mittels abgibt? Die Frage ist ganz allgemein gar nicht zu beantworten; sie zeigt aber die Schwierigkeiten, mit denen wir es hier zu tun haben. Oft wird die Antwort, wie wir alle wissen, leider viel zu früh erteilt.

Aus alledem ergibt sich, daß beim therapeutischen Erfolg sehr viel individuelle Momente mitsprechen. Es ist nicht zu viel gesagt, wenn man behauptet, daß bezüglich der Wertung des therapeutischen Erfolges jeder Fall individuell betrachtet und gewogen werden muß, und daß allgemeine therapeutische Schlüsse großer Vorsicht und Kritik bedürfen.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Goldscheider,
Berlin NW, Lessingstr. 1.

---

2. Die Bekämpfung des Kollapses.

Von

Geh. Rat Prof. Dr. **Heinrich Rosin** in Berlin.

Der Ausdruck Kollaps hat bekanntlich in der Medizin eine doppelte Bedeutung, nämlich Zusammenfallen (z. B. eines lufthaltigen Hohlraumes) und Zusammenbruch der Lebensmöglichkeit. Im Nächstfolgenden soll die letztgenannte Form des Kollapses besprochen werden.

Der Kollaps ist ein zuweilen erwartetes, noch häufiger ein unerwartetes, jedenfalls aber ein plötzlich einsetzendes Ereignis, das sich im Kreislauf und in dem Teile des Nervensystems abspielt, das mit dem Kreislauf in Beziehungen steht. Alle anderen Organe und Organsysteme, die beim Kollaps leiden, stehen nur unter dem Eindruck und Einfluß des Versagens im Kreislauf und im Gefäßnervensystem.

1. Bei der funktionellen Einstellung unserer Zeit sind wir nicht geneigt, zwischen Herz und Gefäßen eine scharfe biologische Trennung eintreten zu lassen. Dennoch scheint es zweierlei Ursachen des Kollapses zu geben, nämlich eine Herzursache, ein akutestes Versagen der Herztätigkeit und eine Gefäßursache, bei der es außer Zweifel steht, daß der Prozeß der zum Kollaps führt, sich nicht etwa in den großen Arterien abspielt, sondern in den kleinsten Arteriolen und Venen, und vor allem im Kapillarnetz an jener Stelle, wo der Kreislauf sich mit den Organzellen eng verbindet. Das Zentrum des Kreislaufs einerseits und die äußerste Peripherie andererseits sind Sitz des Kollapses. Oft genug aber verbinden sich beide Ursachen.

Aber auch derjenige Teil des Zentralnervensystems, der den Gefäßen dient hat einen Anteil am Kollaps. Dieser sogenannte Vasomotorenzentrum führt mittels seiner Nerven, Sympathikus und Parasympathikus (Vagus) auf mannigfachen Wegen die zentralen Impulse an Herz und Gefäße heran, wo sie sich mit den dort vorhandenen peripheren Zentren verbinden; am Herzen ist es die Reizleitungsbahn, an den Gefäßen, wenigstens teilweise das Gangliengeflecht, das sich bis in die Arteriolen hinein erstreckt [1]).

Statt des Ausdruckes Kollaps ist vielfach die ältere Bezeichnung Schock besonders in der Chirurgie in Gebrauch. Einen wesentlichen Unterschied zwischen Kollaps und Schock gibt es kaum. Vielleicht ist der Name Schock gebräuchlich bei Menschen, die vorher anscheinend gesund waren, einen gesunden Kreislauf und ein gesundes Nervensystem gezeigt hatten. Durch irgendwelche schwere Schädigung des Zentralnervensystems und damit auch der Vasomotoren, tritt dann der Schock ein, so z. B. nach schweren Verletzungen, nach großen Operationen, nach einem eiskalten Bade, nach einer ungemein schweren Gemütsbewegung usw.

Der Kollaps läßt hingegen eine Anomalie in den Kreislauforganen zu, im Herzen oder in den Gefäßen. Er ist also ein plötzliches Versagen dieser Organe auf der Basis vorheriger Erkrankung, während dies beim Schock nicht angenommen wird. Immerhin ist die Unterscheidung nicht sehr scharf.

2. Unter den verschiedenen Formen des Kollapses ist der Herzkollaps in seiner Pathogenese vielfach klargestellt. Er beruht auf einem plötzlichen Versagen der ventrikulären Arbeit und führt oft zum Tode. Die Herzschläge werden klein, beschleunigt, unregelmäßig bis zum schwersten tödlichen Ausmaße, dem Kammerflimmern, das bei längerer Dauer (etwa 10 Minuten) nicht mehr reparierbare Folgen im Organismus hervorruft.

Derartige plötzliche Ereignisse des Herzkollapses haben auch meist plötzlich einsetzende Ursachen.

Die eindeutigste Form des Herzkollapses, die aber verhältnismäßig selten auftritt, ist diejenige infolge Überanstrengung; bei gesunden Herzen kommt dies selten vor. Ein Paradigma ist vielleicht der Marathonläufer gewesen: hier verband sich aber mit der Überanstrengung auch noch die seelische Erregung. Doch kennen wir sportliche Überanstrengungen, namentlich beim Radfahren, beim Dauerlauf, auch beim Bergsteigen, welche akuten Herzkollaps erzeugen können.

Hin und wieder gehen herzkranke Menschen, welche bis dahin leidlich gut kompensiert waren, besonders solche mit stark erweitertem Herzen, plötzlich am Herzkollaps zugrunde.

Am häufigsten sind Kollapserreger — nicht immer erkannte — Embolien, auch Thrombosen in den größeren Ästen der Kranzarterien des Herzens; die linke Kranzarterie ist bevorzugt. Hier tritt der Kollaps unter heftigen stenokardischen Schmerzen und Erbrechen ein, besonders häufig bei Menschen, die jahrelang an der spastischen Form der Angina pectoris gelitten haben. Manch rätselhafter Tod entsteht auf diesem Wege des Herzkollapses. So beobachtete ich einen Fall

[1]) Über das Versagen der kontraktilen Kapillarwand besitzen wir noch gar keine Kenntnisse.

eines 30jährigen jungen Mannes, der in seiner Hochzeitsnacht am Herzkollaps starb; die gerichtliche Obduktion ergab einen Embolus in der linken Koronararterie. Thromben im linken Ventrikel oder an den Aortenklappen bilden nicht selten die Herkunftsstätten solcher Gerinsel.

Während oder nach akuten Infektionskrankheiten kommen Herzkollapse infolge schwerer Herzmuskelerkrankung vor. Bemerkenswert sind diese Zustände besonders bei der Diphtherie, wochenlang nach der eigentlichen Erkrankung. Ähnliches wird bei der Scarlatina acutissima beobachtet, bei der schweren Endokarditis, beim Flecktyphus.

Auch der Kollaps in der Narkose ist häufig ein Herzkollaps.

Herzkollapse sind ferner die Folge der zuweilen schwer zu diagnostizierenden Herzruptur, der Zerreißung der Aorta.

Sehr häufig führen auch Lungenembolien zu einem Herzkollaps. Man erklärt sich sein Auftreten durch die großen Widerstände, die das Herz besonders rechts erleidet, wenn ein beträchtlicher Teil des Lungenkreislaufs durch den Infarkt aus der Zirkulation ausgeschaltet ist. Doch ist diese Erklärung nicht befriedigend. Denn beim Pneumothorax, bei dem das Gefäßsystem der halben Lunge unter Kompression gesetzt wird, bewirkt diese Kreislaufsbehinderung keinen Herzkollaps. Auch sind die Infarkte oft zu klein, als daß sie einen so hochgradigen Widerstand im Lungenkreislauf schaffen könnten. Es liegen also komplizierte reflektorische oder toxische Gründe vor, um den Herzkollaps bei Lungenembolie zu erklären.

Beim Herzblock, jenem Zustande der Erkrankung der Reizleitungsbahn, bei welchem die Kontraktion der Vorhöfe partiell oder gänzlich an der Atrioventrikulargrenze zurückgehalten wird, so daß die Ventrikel teilweise oder ganz für sich allein schlagen müssen, tritt der Tod nicht selten in Form des plötzlichen Herzkollapses mit Kammerflimmern ein.

Daß bei der innigen Verbundenheit von Herz und Gefäßen der Herzkollaps sekundär auch eine schwere Störung des Kapillarkreislaufes bedeutet, ist selbstverständlich.

3. Es gibt nun aber auch einen primären Kollaps der Peripherie, eine akute Schwäche im System der kleinen Gefäße und Kapillaren, während das Herz anfänglich an der Störung nicht beteiligt ist. Wichtige Experimente, die Romberg, Päßler, Bruhns und Müller 1899 vorgenommen haben, haben bewiesen, daß die Ursache für diesen Gefäßkollaps in den Regulationszentren der Vasomotoren zu suchen ist.

Auch hier handelt es sich im allgemeinen um sehr gefährliche, nicht selten tödliche Zustände. Hierher gehören vor allem die schweren Kollapse bei akuter Infektion, soweit nicht das Herz primär von ihnen getroffen wird.

Wir kennen auch toxische Gefäßkollapse. In der Narkose kommt der Gefäßkollaps ebenso häufig vor wie der Herzkollaps. Er zeigt sich ferner bei den Gasvergiftungen und bei sehr vielen anderweitigen schweren Vergiftungen [1]. Nicht immer scheint es sicher, daß die Vasomotoren ihre Hand im Spiele haben. Der Kapillarkollaps scheint sich vielmehr zuweilen direkt ohne wesentliche Nervenbeeinflussung durch ein Versagen des Kapillartonus mit schwerer Blutdrucksenkung einzustellen.

Der Ertrinkungstod bei herzgesunden jungen Leuten, wenn der im Sonnenbade erhitzte Körper plötzlich in kaltes Wasser gebracht wird, ist sicher häufiger ein Gefäßkollaps als ein Herzkollaps; hier sind zweifellos die Vasomotoren mitbeteiligt.

Hierher gehört auch der Kollaps (Schock) nach schweren Verletzungen, schweren Blutverlusten, großen Operationen.

Von großem Interesse sind die Verhältnisse bei der gutartigen Ohnmacht, weil sie das Bild des Gefäßkollapses in klarer und reiner Weise darstellt und durch ihren im allgemeinen gutartigen Verlauf gestattet, Schlüsse auf den Gefäßkollaps überhaupt zu ziehen. Beim Ohnmachtsanfall findet sich ebenfalls ein fadenförmiger, schließlich unfühlbarer Puls, Blässe der Peripherie, kalter Schweiß, kühle Extremitäten, Bewußtlosigkeit, selbst kurze epileptiforme Zustände. Nach sekundenlanger Dauer erholt sich der Patient dann rasch wieder. Eine solche Ohnmacht ist im klinischen Sinne ein Kollapszustand, der hier sicher in den Vasomotoren seine Grundlage hat. Bekannt und interessant ist es, daß psychogene Momente häufig die einzige Ursache sind. Somit sind sie ein Hinweis für die Erklärung des traumatischen Schocks.

Die Folgen des peripheren Kollapses machen sich reziprok auch auf das Herz und den Blutdruck geltend; die enorme Blutdrucksenkung, die veränderten Widerstände in der Peripherie, die bedeutende Herabsetzung der peripheren Fortbewegung des Blutstromes stellt an das Herz enorme Anforderungen, denen es schließlich nicht mehr gewachsen zu sein braucht. Auch hier also die Mitleidenschaft aller am Kreislauf beteiligter Faktoren.

4. Die Behandlung des Kollapses, gleichviel welchen Ursprungs, ist im wesentlichen die gleiche wie bei schwerer Kreislaufsdekompensation. Denn der gesamte Kreislauf ist beim Kollaps gestört, ob das Herz primär oder erst sekundär funktionsuntüchtig wird, ob der Blutstrom primär in den Kapillaren stockt durch peripheren vasomotorischen Kollaps und Schock oder sekundär durch das enorm verminderte Schlagvolumen.

Unter den Medikamenten müssen diejenigen verwertet werden, welche schnell wirken. Intravenöse oder wenigstens intramuskuläre Injektionen

[1]) Bekannt ist der anaphylaktische Kollaps (oder Schock) in den schwersten Formen der Serumkrankheit.

sind gegenüber anderer Darreichung zu bevorzugen, zumal der Patient kaum fähig ist zu schlucken oder auch rektal die Medikamente zu halten.

Man verordne daher Hexeton, Kardiazol, Koffein intramuskulär (à 0,2) in $^1/_2$ stündigen Abständen 2—3 Stunden lang, dann seltener. Beim primären Herzkollaps sind diese Mittel besonders angezeigt, wie auch Strophantin (Böhringer) zunächst in der Dosis von $^1/_4$ mg intravenös und, wenn erfolgreich, nach 10—12 Stunden in der Dosis von $^1/_2$ mg. Unter den Digitalispräparaten empfiehlt sich Digipurat intramuskulär, doch wirkt es etwas langsam, es ist beim Herzkollaps nicht beim Gefäßkollaps indiziert. Ähnliches gilt für die intravenöse Injektion von etwa 20 ccm einer 40proz. Traubenzucker- oder Kaloroselösung, man kann hier Strophantin, übrigens auch Digalen hinzufügen. Empfehlenswert ist auch Stryninum nitricum subkutan zu 3 mg 3—4mal täglich.

Beim peripheren Kollaps können die genannten Mittel ebenfalls verwendet werden, es kommt noch hinzu der Versuch, den Kapillartonus und den der kleinsten Gefäße zu erhöhen durch Hypophysin- oder Suprareninanwendung. Man gibt entweder Hypophysin oder Suprarenin innerlich, wenn es geschluckt werden kann, 5 Tropfen 3mal täglich von der konzentrierten Lösung (1 : 1000), die man aber besser mit dem doppelten Aqua amygd. amar. verdünnt, so daß man 3mal täglich 15 Tropfen verordnet. Besser sind subkutane Injektionen. Hier scheint das synthetische, dem Adrenalin nahe verwandte Sympathol sehr geeignet; man kann beim Kollaps 2mal täglich eine Ampulle subkutan oder intramuskulär injizieren. Nach starken Blutverlusten empfehlen sich große Injektionen ($^1/_2$ l) von physiologischen Kochsalz-, Traubenzucker-, Normalsalz- oder Tyrodelösungen mit einigen Tropfen Suprarenin intravenös. Neuerdings gibt man auch aus osmotischen Gründen Gelatinelösungen in der von Hogan angegebenen Zusammensetzung: Gründlich ausgewaschene, besonders reine, säurefreie Gelatine wird zu 25 g der trockenen Substanz in 1 l reinstem destillierten Wasser gelöst zusammen mit 10 g Kochsalz und 2 g reinstem kristallisierten Natriumkarbonat. 1 Stunde lang wird die Mischung bei 120° C sterilisiert. Sie kann auch bei Kollapsen und bei Schock angewendet werden, die nicht auf Blutverlusten beruhen. Bei ursprünglich gesunden Herzen und schwerstem Vasomotorenkollaps kann man auch Suprarenin intravenös (0,5) langsam injizieren.

Zu der medikamentösen Behandlung tritt die physikalische hinzu. Hautreize aller Art in Gestalt von Hautabreibungen, Frottieren der Füße, Einreibungen mit Rheumasan und anderen milden Hautreizen sind vorzunehmen, Wärmezufuhr für die Extremitäten, Tieflagerung des Kopfes, Befreiung von beengender Kleidung, Herzmassage, eventuell auch künstliche Atmung. In allerschwersten Fällen bei Kammerflimmern sind Herzinjektionen von Kardiazol oder Suprarenin zu versuchen. Man sticht im 4. Interkostalraum nahe am Sternum mit langer dünnster Kanüle senkrecht ein.

Ist Schock und Kollaps überwunden, so ist in vielen Fällen noch eine längere Kreislaufstherapie an die Behandlung anzuschließen. Eine Ausnahme macht die Ohnmacht, bei welcher Horizontallegung, Befreiung von engen Kleidungsstücken, einige Hautreize genügen, um den Zustand zu beseitigen.

Geh. Rat Prof. Dr. Heinrich Rosin, Berlin W, Rankestr. 33.

3. Über das Wesen der Apoplexie.

Von

Prof. **Rudolf Jaffé** in Berlin-Moabit.

Vor einigen Jahren konnte ich an dieser Stelle über den Zusammenhang von Apoplexie und Hypertonus berichten. Ich führte damals aus, daß bei weitem der größte Teil von Apoplexien mit Hypertonie vergesellschaftet ist, und daß für das Zustandekommen dieser Form von Apoplexie eine funktionelle Kreislaufstörung verantwortlich zu machen ist.

Seit dieser Zeit sind viele neue Arbeiten über diese Fragen erschienen, die teilweise für die funktionelle Genese der Apoplexie eintraten (besonders Neubürger, Schwartz), teilweise aber auch die Arteriosklerose mit mechanischer Gefäßzerreißung in den Vordergrund rückten (besonders Rühl). Ich bin daher gern der Aufforderung der Schriftleitung gefolgt, erneut zu der Frage über das Wesen der Apoplexie Stellung zu nehmen. Ich kann in diesem kurzen Aufsatz natürlich wieder nicht alle einschlägigen Arbeiten besprechen und verweise wegen Literaturangaben besonders auf die vor kurzem erschienene monographische Darstellung von Schwartz.

Manche Unklarheiten und Streitigkeiten sind sicher dadurch zu erklären, daß die verschiedenen Autoren das Wort Apoplexie in verschiedenem Sinne gebrauchen. Man muß deshalb erst einmal Klarheit schaffen darüber, was überhaupt unter Apoplexie zu verstehen ist. Vom klinischen Standpunkt aus könnte im weitesten Sinne unter Apoplexie jede plötzlich einsetzende, umschriebene Ausfallserscheinung von Gehirnfunktionen verstanden werden. Wir wissen jedoch, daß plötzlich einsetzende, umschriebene Ausfallserscheinungen des Gehirns auf verschiedenen Gründen beruhen können, und der Kliniker bemüht sich daher festzustellen, auf welche Ursache diese jeweils zurückzuführen sind.

Ganz besonders aber wird der pathologische Anatom in diesen Fällen verschiedene Ursachen aufdecken können. Sehen wir doch sogar, daß mitunter Tumoren, die eine recht beträchtliche Größe erreicht haben, klinisch latent geblieben sind und erst plötzlich dann Erscheinungen ge-

macht haben, wenn z. B. eine Blutung in den Tumor erfolgt ist. Eine solch weitgehende Fassung des Begriffes Apoplexie kann also nicht befriedigen.

Geht man andererseits vom anatomischen Standpunkt aus, so sieht man, daß, abgesehen von selteneren Fällen, es vor allem zweierlei Erscheinungsformen sind, die das anatomische Substrat der klinisch beobachteten Ausfallserscheinungen darstellen: die Erweichung und die Blutung. Man könnte also daran denken, in dieser Hinsicht eine Zweiteilung des Apoplexiebegriffes vorzunehmen. Jedoch erweist sich auch dies als unmöglich, da wir Erweichungen kennen, in denen einzelne kleinste Blutungsherde — mitunter nur mikroskopisch, mitunter aber auch makroskopisch — deutlich erkennbar sind. Diese leiten unmerklich über zu den „roten Erweichungsherden", bei denen zahlreiche kleine Blutpunkte den Erweichungsherd durchsetzen. Von diesen Herden geht eine gerade Linie ohne scharfe Grenze bis zu den großen Massenblutungen, in deren Randpartien regelmäßig kleinste punktförmige Blutungen nachweisbar sind. Wenn wir auch schon lange angenommen haben, daß auch die großen Blutungen durch das Zusammenfließen kleiner multipler Blutungen entstehen, so hat vor kurzem Schwartz den exakten Nachweis für diese Annahme erbracht. Wir sehen also, daß zwischen weißer Erweichung, roter Erweichung und Massenblutung fließende Übergänge bestehen.

Man könnte nun daran denken, den Begriff ursächlich zu fassen, und nur bestimmte, ursächlich definierte Formen von Apoplexie unter diesen Namen zusammenzufassen. Dies tut auch Schwartz, wenn er sagt: „wir verstehen unter Apoplexie eine akut auftretende Hirnerkrankung, die entweder im Verlaufe der essentiellen Hypertonie auftritt oder durch arteriosklerotisch-thrombotische Gefäßverschlüsse oder durch embolische Gefäßverlegung veranlaßt wird. Von wesentlicher Bedeutung ist, daß es sich bei diesen Hirnerkrankungen keinesfalls immer um Hirnblutungen, sondern vielfach um unblutige Zerstörungen handelt." Schwartz selbst bespricht aber zum Schluß seiner Arbeit einige Fälle von Hirnblutungen, z. B. bei Eklampsie, Urämie oder posttraumatisch, die er selbst dann als eklamptische Apoplexie, urämische Apoplexie usw. bezeichnet, und die auch tatsächlich anatomisch in keiner Weise von den anderen Formen von Apoplexie zu unterscheiden sind.

Wir werden also den Begriff der Apoplexie als solchen weit fassen müssen, und werden darunter jede akut entstehende, umschriebene Zerstörung von Gehirnsubstanz verstehen müssen, ganz gleich, ob dieselbe mit einer Blutung einhergeht oder nicht, und werden dann gut tun, im Einzelfalle, soweit es möglich ist, die Ursache im Namen mit anzugeben; also z. B. von embolischer Apoplexie, hypertonischer Apoplexie usw. sprechen.

Wenn wir festgestellt haben, daß wir unter dem Begriff der Apoplexie alle die Prozesse zusammenfassen müssen, die zu einer akut einsetzenden Zerstörung von Gehirnsubstanz führen, so ist es eigentlich sehr verständlich, daß man für diese Prozesse verschiedene Ursachen erwarten muß. Wenn man in der älteren Literatur und auch in Lehrbüchern der inneren Medizin nachliest, so findet man gewöhnlich in erster Linie als Ursachen der Apoplexie Lues und Arteriosklerose angegeben.

Die Lues als Ursache der Apoplexie ist ganz sicherlich wesentlich überschätzt worden. Der Kliniker neigt dazu, bei jedem Individuum, bei dem Lues in der Anamnese steht, oder der Wassermann positiv ist, die Lues als Ursache zu beschuldigen. Wir dürfen aber nur dann eine Lues als Ursache einer Apoplexie ansehen, wenn es uns wirklich gelingt, am Gehirn bzw. an den Gehirngefäßen syphilitische Veränderungen nachzuweisen. Es ist selbstverständlich durchaus möglich, daß syphilitische Gefäßveränderungen in der gleichen Weise wirksam werden können wie z. B. arteriosklerotische oder embolische Veränderungen. In Wirklichkeit scheint aber ein syphilitischer Gefäßprozeß im Gehirn nur sehr selten solche Grade zu erreichen, daß größere Bezirke des Gehirns geschädigt werden. Ich selbst habe, obwohl ich seit vielen Jahren jeden verdächtigen Fall durchuntersucht habe, in nur ganz verschwindend wenigen Fällen syphilitische Gefäßveränderungen nachweisen können. In diesen Fällen handelte es sich fast ausnahmslos um kleine Erweichungsherde, aber nicht um größere oder gar tödlich apoplektische Blutungen. In der Praxis kann also die Lues als Ursache der Apoplexie fast ganz ausscheiden, zum mindesten gehört sie zu den seltenen Ereignissen.

Wie steht es nun mit der Arteriosklerose, die auch heute noch in der Anschauung der meisten Praktiker für die Entstehung der Apoplexie in erster Linie verantwortlich gemacht wird. Es ist sicher, daß Arteriosklerose kleine und auch etwas größere Gefäße hochgradig verengern und sogar zum völligen Verschluß bringen kann, wie wir es z. B. von der Koronarsklerose kennen. Wenn der Arzt aber von der Arteriosklerose als Ursache der Apoplexie spricht, so denkt er gewöhnlich nicht an derartige Gefäßverschlüsse, sondern vielmehr daran, daß infolge der Arteriosklerose größere Gefäße zerreißen können. Gegen diese Auffassung ist nun zunächst einmal zu sagen, daß in zahlreichen Fällen von Apoplexie gerade eine auffallend geringgradige Arteriosklerose besteht, ja daß die Basisgefäße und die intrazerebralen Äste nahezu frei von Arteriosklerose sind. Wir müßten also zumindest diese Fälle ausnehmen. Andererseits finden wir aber zahlreiche Fälle allerschwerster Arteriosklerose ohne auch nur die geringsten apoplektischen Herde.

Sieht man sich nun die Fälle sogenannter arteriosklerotischer Apoplexie etwas genauer an, so sieht man, daß es sich in allen diesen Fällen wohl ausnahmslos um Hypertoniker handelt. Bei den Hypertonikern kann die Arteriosklerose vollkommen fehlen, andererseits bietet aber gerade der Hypertonus weitgehend die Grundlagen für

die Arteriosklerose, wie ich seinerzeit ausführlich ausgeführt habe. Es ist daher erklärlich, daß wir beim Hypertoniker Apoplexien bei fehlender und bei vorhandener Arteriosklerose finden, wenn wir nämlich annehmen, daß die Apoplexie nicht die Folge der Arteriosklerose, sondern die Folge des Hypertonus ist.

Gegen die ursächliche Bedeutung der Arteriosklerose für die Apoplexie sprechen noch weitere Gründe. Rühl aus dem Aschoffschen Institut hat vor einiger Zeit allerdings wieder bei sehr sorgfältig untersuchten Fällen Gefäßrisse nachgewiesen. Schwartz zeigt aber vor kurzem, daß solche Risse in all den Fällen fehlen, die kurze Zeit nach Eintreten des apoplektischen Insults sterben, so daß er annimmt, daß in all den Fällen, in denen solche Risse nachweisbar sind, und in denen er sie auch selbst nachweisen konnte, die Gefäßwand erst infolge des Insults morsch und brüchig geworden ist, so daß die Gefäßrisse nicht als Ursache, sondern als Folge eines apoplektischen Insults anzusehen sind.

Wir sehen also, daß für die apoplektischen Blutungen nicht etwa die Arteriosklerose ursächlich beschuldigt werden kann, in dem Sinne, als ob ein größeres Gefäß zum Einreißen käme. Selbstverständlich will ich nicht leugnen, daß auf der Basis der Arteriosklerose trotzdem Erweichungen oder Blutungen zustande kommen können. Ein derartiges Ereignis ist möglich einmal dadurch, daß ein kleinerer Ast durch arteriosklerotische Wandverdickungen mehr oder weniger vollkommen verschlossen wird. Aber auch bei arteriosklerotischer Verengerung größerer Äste wäre ein apoplektischer Insult durchaus möglich, in dem gleichen Sinne wie das Zustandekommen von Herzmuskelschwielen und Herzmuskelnekrosen bei Koronarsklerosen. Ich werde auf diesen Vorgang weiter unten ausführlicher eingehen. Ich möchte hier nur hervorheben, daß ich zwar die Möglichkeit solcher arteriosklerotisch bedingten Kreislaufstörung mit Erweichungen und Blutungen theoretisch zugeben muß, daß ich aber glaube, daß sie praktisch für größere Herde kaum in Betracht kommen.

Häufig sind als Ursache der apoplektischen Blutung sogenannte miliare Aneurysmen betrachtet worden, wie sie zuerst von Charcot und Bouchard beschrieben und Pick in den Mittelpunkt des Interesses gerückt worden sind. Auch diese miliaren Aneurysmen wurden vielfach auf Arteriosklerose zurückgeführt. Schwartz bringt jetzt den exakten Nachweis — und ich kann seine Angaben durchaus bestätigen — daß die miliaren Aneurysmen in der Mehrzahl der Fälle keine echten Aneurysmen sind, sondern durch kleine Wandblutungen entstandene und eventuell sekundär durchgebrochene, falsche Aneurysmen darstellen. Wir werden noch auszuführen haben, daß diese Blutungen in der Gefäßwand eine vollkommene Parallele darstellen zu den Blutungen in der Gehirnsubstanz selbst, also meist nur Begleiterscheinungen und nicht die Ursache der Apoplexie sind. Es muß natürlich zugegeben werden, daß auch einmal eine solche miliare Gefäßwandblutung nach beiden Seiten hin durchbrechen und somit Veranlassung zu einer Blutung aus einem größeren Gefäß geben kann.

Nur kurz muß hervorgehoben werden, daß die kleinen Aneurysmen der basalen Hirnarterien und deren Ruptur, und als Folge davon eine große extrazerebrale Blutung, die verhältnismäßig gar nicht so selten zu plötzlichem Tode führt, ganz anders aufzufassen sind. Hier handelt es sich um echte Aneurysmen, die zum Teil auf kongenitaler Mißbildung der Gefäßwand, zum Teil auf lange zurückliegende Traumen zu beziehen sind. Diese Rupturen kleiner Aneurysmen an den basalen Gefäßen sind vielleicht die häufigste Ursache jugendlicher Apoplexien.

Wenn wir also für die Entstehung einer apoplektischen Blutung die Zerreißung eines größeren Gefäßes abgelehnt haben, so kommen wir von selbst zu der Annahme, daß die Blutungen jeder Form und Größe aus kleinen Blutungen zusammenfließen, eine Auffassung, wie sie besonders von Schwartz ausführlich dargelegt worden ist.

Wenn wir uns das Zustandekommen solcher kleinsten Blutungen erklären wollen, so müssen wir auf die Untersuchungen Rickers zurückgreifen. Ricker hat gezeigt, daß durch verschiedenste Reize Zirkulationsstörungen im terminalen Stromgebiet vorkommen, die sich als Fluxion, Anämie, Ischiämie oder als Stase äußern. Mit der Stase kann eine Diapedese von roten oder weißen Blutkörperchen verbunden sein. Auf Einzelheiten der Rickerschen grundlegenden Untersuchungen kann hier nicht eingegangen werden. Schwartz hat diese Fragen, soweit sie die Apoplexie betreffen, in sehr übersichtlicher Weise zusammengestellt. Für uns ist hier nur von Bedeutung, daß als Folge einer lokalen Zirkulationsstörung Austritt von Blutzellen aus der morphologisch intakten Gefäßwand erfolgen kann. Wir sehen nun in jedem Falle von Apoplexie, ganz gleich welcher Ursache, auch morphologisch die Zeichen solcher Kreislaufstörungen, wie es besonders Schwartz ausführlich untersucht und ausgeführt hat. Und Schwartz konnte sogar zeigen, daß in älteren apoplektischen Herden die größeren und kleineren Gefäße nicht nur durchgängig, sondern auch morphologisch intakt waren. Wir kommen somit zu der Auffassung, daß jede Form von Apoplexie die Folge einer Kreislaufstörung im terminalen Stromgebiet ist, und können uns auch jetzt erklären, wie es kommt, daß von der weißen Erweichung über die kombinierten Fälle zur roten Erweichung und zu den Massenblutungen alle Übergänge bestehen. Wir brauchen dann nur anzunehmen, daß das eine Mal eine Zirkulationsstörung besteht, die die Ernährung des Gehirngewebes unmöglich macht, ohne daß aber Blutkörperchen durch die Wandung des Gefäßes hindurchtreten: Wir sehen dann die weiße Erweichung. Im anderen Fall kommt es zur Erythrodiapedese, somit zur roten Erweichung. Und in den Fällen, in denen dieser letztere Vorgang immer stärker

wird, und die einzelnen kleinen Blutungsherde konfluieren, kommt es zu größeren Blutungen, die durch sekundäre Wandschädigung und dadurch bedingte Zerreißung größerer Gefäße weiter vergrößert werden kann. Dieser gleiche Vorgang der Stase und Erythrodiapedese kann nun auch an den Vasa vasorum, also auch in der Wandung der größeren Gefäße ablaufen. Wir werden dann die Wandblutungen (miliare Aneurysmen) sehen und eventuell durch den Durchbruch eines größeren Gefäßes an einer solchen geschwächten Stelle eine weitere Ursache für die Massenblutung feststellen.

Wenn wir somit das Zustandekommen der weißen und roten Erweichung, sowie der Massenblutungen einheitlich erklären können, müssen wir weiterhin untersuchen, wie es möglich ist, daß bei verschiedenen Grundkrankheiten die gleiche Störung ausgelöst wird.

Ich möchte hier zunächst auf das hinweisen, was ich an anderer Stelle über die Koronarsklerose ausgeführt habe. Ich habe dort gezeigt, daß die Herzmuskelschwielen und Herzmuskelnekrosen bei der Koronarsklerose nicht erklärt werden können allein durch den Verschluß der großen Gefäßäste durch die Arteriosklerose. Ich habe vielmehr ausgeführt, daß man auch hier eine Kreislaufstörung im terminalen Gebiet annehmen muß, daß aber diese Kreislaufstörung wohl sicher im ursächlichen Zusammenhang mit der verengten Stelle steht. Diesen Zusammenhang stellte ich mir so vor, daß das Blut an der verengten Stelle — vielleicht durch eine Dehnung des vorgeschalteten Abschnitts — einen Reiz auf das Gefäßnervensystem ausübt, und daß dieser Reiz auf dem Wege der Gefäßnerven fortgeleitet wird. Gerade durch die Annahme einer Kreislaufstörung im terminalen Gebiet glaubte ich auch die Fälle erklären zu können, in denen Herzmuskelnekrosen oder -schwielen bei weiten Koronargefäßen gefunden werden. Auch hier ist eben eine Kreislaufstörung im terminalen Gebiet anzunehmen, vielleicht ausgelöst durch eine spastische Kontraktion größerer Gefäßäste.

Wenden wir das Ergebnis dieser Ausführungen auf die Apoplexie an, so müssen wir annehmen, daß bei jeder Form von apoplektischem Insult in gleicher Weise die terminalen Kreislaufstörungen zustande kommen. Diese werden ausgelöst in all den Fällen, in denen ein Gefäßverschluß oder eine Verengung eines größeren Astes vorliegt (z. B. Embolie oder Arteriosklerose), dadurch, daß das an dieser Stelle aufprallende Blut — vielleicht durch Erweiterung des vorgeschalteten Stückes — einen Reiz ausübt, der auf dem Wege der Gefäßnerven bis in das terminale Gebiet fortgeleitet wird. Bei der hypertonischen Apoplexie konnten wir daran denken, daß in den größeren Gefäßen Spasmen auftreten, und diese spastischen Stellen in gleicher Weise als Ort für die Reizung der Gefäßwandnerven in Betracht kämen. Westphal hat ja gezeigt, daß die Gefäße der Hypertoniker besonders zu Spasmen neigen und nahm überhaupt als Ursache der Apoplexie derartige Spasmen größerer Gefäße an. Die Auffassung von Schwartz, daß als Reiz für die Auslösung der terminalen Kreislaufstörung das Aufprallen einer stärkeren Blutdruckwelle anzusehen sei, glaube ich ablehnen zu müssen, denn weder sind solche Blutdruckwellen bekannt, noch kann ich mir vorstellen, wo diese lokal wirken sollen, wenn man nicht ein vorgeschaltetes morphologisches oder funktionelles Hindernis annimmt.

Ich habe in dem kurzen Übersichtsreferat durchaus nicht alle Anschauungen und Möglichkeiten anführen können, ich habe mich darauf beschränken müssen, in erster Linie meine eigenen Anschauungen auszuführen und diese durch Untersuchungen einzelner anderer Autoren zu stützen. Ich habe diese Ausführungen auch nicht auf alle selteneren Formen der Apoplexie ausdehnen können, glaube aber, daß gerade ein Vorteil der vorgetragenen Auffassung darin zu sehen ist, daß auch in den Fällen von Apoplexie aus anderen selten vorkommenden Ursachen, z. B. nach Urämie oder posttraumatisch die gleichen Vorgänge im Bereich der Möglichkeit liegen, da die gleichen Vorgänge durch verschiedene Ursachen ausgelöst werden können. Die verschiedenen Ursachen sind also nur darin zu suchen, daß verschiedene Reize funktioneller oder morphologischer Natur zu Gefäßverengerungen führen können, die dann zur Stelle der Reizeinwirkung werden, eines Reizes, der zu Störungen im terminalen Gebiet führt. Da das Gefäßsystem des Hypertonikers besonders stark auf Reize reagiert, so ist es verständlich, daß bei weitem die größte Zahl der Apoplexien auf Hypertonie zurückzuführen ist.

Prof. Jaffé, Berlin NW, Städt. Krankenhaus Moabit.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

(Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.)

1. Erbrechen als führendes Symptom bei Erkrankungen im Kindesalter[1].

Von

Prof. **Richard Hamburger.**

Aus dem Komplex der subjektiven und objektiven Symptome, der Angaben des Kranken und seiner Umgebung, hebt sich für den Arzt oftmals ein vordringliches Zeichen, das führende Symptom hervor. Ein sehr auffälliges und alarmierendes Krankheitszeichen, das dann als führendes imponiert, kann z. B. im Auftreten von Erbrechen bestehen, das, besonders im Kindesalter, eine Reihe von Krankheitszuständen einleitet, begleitet oder auch selbst die einzige pathologische Erscheinung darstellt. Damit das führende Symptom nicht zu einem irreführenden werde, bedarf gerade das Auftreten von Erbrechen einer außerordentlich kritischen und ganz unvoreingenommenen eingehenden

[1]) Nach einem im Ärzterundfunk gehaltenen Vortrag.

Untersuchung und Beobachtung des Patienten und seiner Lebensumstände, die mitunter nicht ganz leicht ist.

Die Schwierigkeit der richtigen Deutung ist nun vorwiegend darin zu suchen, daß Erbrechen, organologisch, sowohl Lokal- wie Fernsymptom, andererseits aber ein rein psychogenes oder Milieusymptom sein kann. Anscheinend überwiegt aber beim Auftreten von Erbrechen die etwas einseitige Annahme, daß der Verdauungstrakt bzw. sein Inhalt den Anlaß zum Erbrechen abgeben, also der autochthone Entstehungsort des Brechreizes und zugleich des Brechaktes seien. Das Erbrechen wird demnach in erster Linie als isoliertes Magenphänomen gedeutet und damit die Vorstellung verknüpft, daß der Brechakt vorwiegend durch aktive Kontraktion der Magenmuskulatur erfolge. Dies spielt sicherlich bei manchen Zuständen, besonders im Säuglingsalter, mit stark entwickelter Antrumperistaltik und Pylorostenose eine gewisse Rolle. Die austreibende Kraft geht aber, besonders beim älteren Kinde, vorwiegend von der Bauchmuskulatur aus. Hierbei drängt das Zwerchfell, tief in Inspirationsstellung stehend, nach unten, so daß es bei erschlaffter Kardia, zu mehr oder minder heftiger Ausstülpung des Mageninhaltes kommt.

Man braucht sich andererseits nur die Krankheitsbilder vor Augen zu halten, wo ein zweifelloser zerebraler Prozeß wie ein Hirntumor, eine Hirnhautentzündung schwerstes Erbrechen hervorrufen, um zu erkennen, daß hier bei völlig normalem Intestinaltrakt die Hyperemesis ein Fernsymptom ist. Der Magen ist hier nur Erfolgsorgan; den Anlaß bildet der Hirnprozeß, der auch den Brechreiz auslöst. Reaktives Organ, ohne jede lokale Erkrankung oder Reizung, ist natürlich auch der Magen bei Formen von Erbrechen, bei denen die katastrophale Entleerung des Mageninhaltes lediglich auf Grund psychischer Erregungen oder Vorstellungen erfolgt. Dieses, nicht einmal als Fernsymptom einer außerhalb des Intestinaltraktes gelegenen, körperlichen Erkrankung zu deutende Erbrechen, kann dazu beitragen, den Kreis der diagnostischen Schwierigkeiten zu erweitern. Es ist einleuchtend, daß die eben erwähnten Zustände erst mit zunehmendem Alter häufiger werden; im jüngeren Säuglingsalter dominieren die intestinal oder organisch zerebral ausgelösten Brechzustände.

Wie aber auch immer das Erbrechen zu deuten ist, als örtliches oder Fernsymptom, als direkte oder indirekte Erregung des Erfolgsorganes, immer verläuft, durch physiologische und pharmakologische Untersuchungen erwiesen, die Brecherregung, die zu jedem Brechakt gehört, auf einer nervösen Reflexbahn, deren Zentrum das im verlängerten Rückenmark gelegene Brechzentrum ist. Hierhin, zum Brechzentrum, streben von der Peripherie, den potentiell brechreizempfindlichen Regionen der Bauchhöhle und des Beckens, der Rachengegend, aber auch dem Ohrlabyrinth und den Vorstellungsphären des Gehirns, die zentripetalen Nervenfasern, die die Erregung der empfindlichen Organe übermitteln. Die Erregung wird auf komplizierten Wegen zu einer geordneten Aktion des Zwerchfells, der Bauchpresse und der Fundusmuskulatur umgeformt. Nur soviel sei zum Verständnis des Brechvorganges und der therapeutischen Bestrebungen gesagt; auf Einzelheiten der Innervationsverhältnisse soll hier nicht eingegangen werden.

Obwohl der Versuch einer kausalen Gruppierung der häufigsten Anlässe für das Erbrechen bei Kindern nicht völlig erschöpfend ausfallen kann, so führt er doch vielleicht am raschesten zu einer Übersicht über die wichtigsten klinischen Gesichtspunkte. Die Anlässe für Erbrechen lassen sich ohne Zwang in vier Gruppen einreihen, nämlich in überwiegend mechanisch bedingtes Erbrechen, in vorwiegend lokal-zerebral hervorgerufenes Erbrechen, toxisch-chemisch ausgelöstes und neurotisch-psychogenes Erbrechen. Ausdrücklich soll aber dabei hervorgehoben werden, daß es bei allen Kategorien fließende Übergänge gibt, und daß die Einschränkung, die durch die Worte „überwiegend" und „vorwiegend" zum Ausdruck gebracht wird, dringend geboten ist. Noch eine beschränkende Vorbemerkung sei erlaubt. Bei keinem Vorkommen von Erbrechen darf außer acht gelassen werden, daß die individuelle Disposition, auf irgendeinen Reiz mit Erbrechen zu reagieren, die größten Unterschiede zeigt. Wir kennen Kinder, bei denen nahezu jede Unpäßlichkeit, fast jede Erkrankung der verschiedenen Organsysteme, mag sie fieberhaft oder ohne Fieber verlaufen, mit Erbrechen eingeleitet wird. Erst recht gilt die erhöhte Ansprechbarkeit und das Eingeschliffensein der Reflexbahn für die neurogenen Anlässe. Reflexologisch ist die Brechlabilität als stabile Entwicklung eines bedingten Reflexes mit Mangel hemmender Reflexe erklärt; vom vegetativen Nervensystem aus gesehen kann man von einer vagotonischen Einstellung sprechen — die sensiblen, zentripetalen Bahnen des Abdominalgebietes verlaufen im Vagus — und individualpsychologisch würde man sich vorstellen können, daß der Neurotische bei seiner Symptomenwahl ein bei ihm leicht ansprechendes „minderwertiges" Organsystem bevorzugt und den Brechakt durch Übung — „Training" erleichtert und vervollkommnet. Alle diese Erklärungen, auf die bei dieser Gelegenheit trotz ihres Interesses nicht weiter eingegangen werden kann, unterstreichen nachdrücklich die Tatsache, daß auch bei scheinbaren oder wirklich organisch bedingten Anlässen jedesmal Erbrechen individuell und von verschiedenen Richtungen her betrachtet und behandelt werden muß.

Vorwiegend mechanisch bedingtes Erbrechen.

Für mechanisch hervorgerufenes Erbrechen gibt es wirklich reine Beispiele in Form der angeborenen Verschlüsse des Verdauungsrohres, die beim Neugeborenen als Mißbildungen des Ösophagus und des Dünndarmes die Nahrung nach

Füllung des Verdauungskanals bis zum Hindernis wieder aus dem Munde austreten lassen. Therapeutisch käme bei diesen Zuständen nur ein chirurgischer Eingriff in Frage, der aber als aussichtslos zu bezeichnen ist. Schon bei den erworbenen Verschlüssen, dem Erbrechen bei Ileus, ist es fraglich, ob man es rein mechanisch auffassen kann, obwohl das nicht absolut beweisende Zeichen des dauernd stark galligen Erbrechens, noch mehr das des kotigen, einen Beweis von der Stärke der Antiperistaltik, also doch einer mechanischen Kraft abgibt. So spricht v. Noorden von einem Ileusgift, was der Mitwirkung einer toxischen Quote entspräche. Für das Zustandekommen des Ileus im Kindesalter steht neben der seltenen eingeklemmten Hernie als Ursache die Invagination ganz im Vordergrunde. Obwohl das Erbrechen dabei oft kein Frühsymptom ist, kann es, wenn es auftritt, den Verdacht auf Invagination wesentlich stützen. Wir sahen in letzter Zeit einige Fälle, bei denen die Symptome des plötzlichen Beginnes, der Blutausscheidung aus dem Darm, des Bauchtumors, vor allem aber der Störung des Allgemeinbefindens so geringfügig waren, daß das erst nach 8 bis 12 Stunden auftretende, dann allerdings sehr hartnäckige und auf jede kleine Flüssigkeitszufuhr erfolgende Erbrechen, auf die richtige Spur führte. Die Frühdiagnose bei dieser gar nicht seltenen Erkrankung ist bekanntlich deswegen so bedeutungsvoll, weil nach unseren Erfahrungen nur der operative Eingriff und mit großer Wahrscheinlichkeit auf Heilung nur innerhalb der ersten 24 Stunden, nach der Einscheidung des Darmes Erfolg verspricht.

Ins vorwiegend mechanisch bedingte Erbrechen gehören auch alle die Umstände, die man am besten unter den Begriff der technisch falschen Ernährung der Kinder, vor allem des Säuglings zusammenfassen könnte, also alle jene Zustände, bei denen zu häufige und zu voluminöse Mahlzeiten einen übermäßigen Füllungszustand und Dehnungsreiz des Magens verursachen. Die sehr dankbare Behandlung dieser Formen im Säuglingsalter muß berücksichtigen, daß, besonders bei künstlicher Ernährung, Pausen von mindestens 4stündiger Dauer eingeführt werden, da sonst, je nach der Magenverweildauer der einzelnen Nahrungsgemische, eine Summation des Nahrungsrestes und der neuen Mahlzeit stattfinden kann. Zur Behandlung gehört ferner die quantitative Beschränkung der Gesamtmenge der Nahrungszufuhr auf etwa $1/_6$ des Körpergewichtes und Verteilung auf fünf Mahlzeiten täglich. Entwickelt sich bei solchen Kindern, aus schon früher angedeuteten Gründen, ein Brechzustand, so hat man von habituellem Erbrechen gesprochen. Die eingehende Untersuchung hat erwiesen, daß dem vollentwickelten habituellen Erbrechen häufig eine Atonie der Magenmuskulatur zugrunde liegt. Für die Behandlung des atonischen Zustandes hat sich eine Methode bewährt, deren Ausarbeitung wir B. Epstein verdanken und die wir mit einem Schlagwort als „Vorbreifütterung“ bezeichnen. Dem Wesen nach beruht das Verfahren auf der Feststellung, daß die Verabreichung einer kleinen Menge einer konsistenten, nicht flüssigen Nahrung, die eben wegen dieser beiden Eigenschaften, nämlich kleinem Volumen und fester Form, nicht leicht erbrochen wird, die peristolische Zusammenziehung des Magens, d. h. Tonushebung der Magenwand hervorruft. Diese Tonisierung des Magens, die nach einigen Minuten auftritt, benutzt man, um den Rest der Nahrung in flüssiger Form zu verfüttern; er wird dann in der Regel nicht mehr erbrochen. Man treibt damit eine Art von Übungstherapie und die aus den oben besprochenen Maßnahmen herauszulesenden Behandlungsprinzipien möchte ich deswegen noch besonders hervorheben, weil sie für die Behandlung eigentlich jeder Form von Erbrechen im Kindesalter Geltung haben, indem sie der Förderung des Erbrechens durch mechanische Umstände entgegenwirken. Das Wesentliche daran ist einmal also das kleine Volumen, dann die konsistente Form der Nahrung. Diese Kostform, in Verbindung mit seltenen, d. h. — im Gegensatz zu anderen Vorschlägen — nicht häufigeren Mahlzeiten als fünf am Tage, hat sich auch bei der Behandlung des pylorischen Erbrechens der Säuglinge durchaus bewährt. Der sogenannte Pylorospasmus oder vielleicht besser die hypertrophische Pylorostenose der Säuglinge gehört mit wesentlichen Zügen nach voller Ausbildung des Krankheitsbildes aus einer Reihe von Gründen in die Gruppe des vorwiegend mechanisch bedingten Erbrechens. Bei diesem typischen und häufigen Krankheitsbilde lassen sich eine Reihe von wesentlichen Prinzipien der Brechtherapie ausgezeichnet studieren. Die medikamentöse Behandlung dieser Zustände stützt sich vorwiegend auf das Atropin, das pharmakologisch den Sphinkterkrampf am Antrum pylori und am Pylorus abschwächt bzw. aufhebt; auch das Papaverin, das den Tonus der glatten Muskulatur herabsetzt oder Kombinationen beider Mittel finden Verwendung. Obgleich der Magenmechanismus beim pylorischen Erbrechen der Säuglinge sich offenbar unter Vorherrschen von Hypertonie der Magenmuskulatur, kenntlich unter anderem an der extremen und sichtbaren Magenperistaltik, abspielt, ist der Einfluß dieser beiden Medikamente oftmals selbst in gehörigen Dosen nicht sehr überzeugend. Jedenfalls tritt er gewöhnlich nur in Verbindung mit einer sachgemäßen, diätetischen Therapie auf, die wir bei den schwersten Fällen so ausgestalten, daß wir die orale Zufuhr auf kleine Portionen von eventuell fettarmer Milch beschränken, die durch Kohlehydrate wie Mehl, Grieß, Zucker stark angereichert wird. Die notwendige, ergänzende Wasserzufuhr wird dann durch täglich mehrmalige, rektale Zuführung von Wasser oder Traubenzuckerlösung vorgenommen, so daß also oral nur das zugeführt wird, was rektal nicht resorbierbar ist. In der letzten Zeit gewinnt eine Therapie, die man als Sedativtherapie bezeichnen müßte, wegen ihrer guten Erfolge beim pylorischen Erbrechen

immer mehr an Boden. Ob man sie mit Gottlieb und Meyer als Narkose des Brechzentrums auffassen will, oder ob die Vorstellung zutreffender ist, daß die Unterbrechung des Reflexbogens, wenn sie an irgendeiner Stelle gelingt, den Erfolg mit sich bringt, mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls hat die Verabfolgung von zentral wirkenden, sedativen Mitteln wie Luminal, Bromural und anderen hinreichenden Einfluß. Das von Eckstein empfohlene Adalin, das wir in Pulvern von je 0,1 g mehrmals täglich anwenden, hat sich bei uns letzthin den Vorrang erworben. Also auch beim pylorischen Erbrechen darf man sich nicht gar zu mechanistisch einstellen, wie es zuweilen, besonders von Chirurgen geschieht, die Gelegenheit haben, den unter Umständen glänzenden Erfolg der Ramstedtschen Operation, die in der Durchtrennung des hypertrophischen Pylorusringes unter Schonung der Mukosa besteht, zu demonstrieren. Es ist nach allem viel wahrscheinlicher, daß, bei dem mitunter nicht prompten Erfolg der Operation, nicht das Undurchtrenntbleiben einer einzigen Muskelfaser anzuschuldigen ist, sondern das auch sonst so oft zu beobachtende Perseverieren des pathologischen Reflexes vorliegen dürfte.

Lokal-zerebrales Erbrechen.

Ich möchte mich hier kurz fassen und nur auf die unter Umständen mittelbare oder unmittelbare Einwirkung von Hirntumoren, Hirndruck, entzündlichen Prozessen des Hirns und seiner Häute auf das Brechzentrum hinweisen.

Vorwiegend toxisch-chemisches Erbrechen.

Auf die Erörterung der Brechwirkung von echten Giften und die therapeutische Anwendung der pharmakologisch wohldefinierten Emetika, soll nicht eingegangen werden, obwohl die Studien über das Erbrechen damit unternommen wurden. Auch die zum Teil hypothetischen bakteriellen Giftstoffe können nur gestreift werden, obwohl die Erörterung reizvoll wäre, ob das beim Einsetzen mancher Infektionen auftretende Erbrechen mehr bakteriell-toxisch oder individuell ist. Eine gewisse Bedeutung gewinnt das initiale Erbrechen bei nicht Brechlabilen, als Zeichen einer echten, enteralen Infektion mit der Paratyphus-Enteritisgruppe, manchmal auch bei Kolitiden. Hier klärt sich gewöhnlich das Erbrechen durch den weiteren Krankheitsverlauf auf, während bei im intermediären Stoffwechsel auftretenden toxisch-chemisch wirkenden Produkten, die Diagnose sehr viel fernliegender zu sein scheint. Neben dem Erbrechen bei azotämischer Urämie müssen wir kurz bei dem azetonurischen oder periodischen Erbrechen der Kinder verweilen. Dieses, gewöhnlich bei nervössensiblen Kindern auftretende, Erbrechen darf nur nach Ausschluß eines organischen Leidens, besonders in der Bauchhöhle, wie Appendizitis, Peritonitis usw. diagnostiziert werden. Es handelt sich wahrscheinlich ätiologisch um eine nervöse Störung der Regulation des Kohlehydratstoffwechsels, bei der, durch den heftigen Brechreiz, der keinerlei Ernährung zuläßt, also durch Hunger unterstützt, eine Kohlehydratverarmung des Organismus eintritt, die zur Ketokörperbildung und Azetonurie ohne Glykosurie führt. Auch bei diesem sehr quälenden und erschöpfenden Brechzustand spielen therapeutisch Sedativa und eine Diät eine Rolle, die, im Beginn wenigstens, unter Umgehung der oralen Ernährung, mit Darmeinläufen von etwa 10 proz. Traubenzuckerlösung zu einer solchen Verminderung des Brechreizes führt, daß eine bescheidene Ernährung möglich wird. Sie soll, im Anfang wenigstens, nur aus Flüssigkeiten und Kohlehydraten in jeglicher Form unter völliger Vermeidung von Fett und Einschränkung von Eiweiß bestehen.

Neuropathisches und psychogenes Erbrechen.

Im Verlauf der bisherigen Darlegungen wurde wiederholt darauf hingewiesen, welche Bedeutung nervöse und psychische Einflüsse auf das Erbrechen haben können. Es sollen daher zum Schluß nur kurze Hinweise auf Umstände gegeben werden, bei denen andere als nervöse Anlässe für das Erbrechen gar nicht vorliegen. Sogar bei Säuglingen, wenn auch seltener als später, ergeben sich Situationen wie folgende: ein einwandfrei gedeihendes Kind ohne jedes organische Krankheitszeichen erbricht plötzlich mehrere Tage hintereinander die in ganz gleicher Zusammensetzung und von derselben Person wie früher gereichten Flaschen mit Milchmischungen. Schon beim Anblick der Flasche wehrt es ab. Das Erbrechen sistiert sofort, als, ohne jede Änderung der Ernährung oder Darreichung von Medikamenten, die Flaschen durch Umhüllung mit einem bunten Tuch optisch unkenntlich gemacht werden.

Traurige und auch freudige Erregungen aller Art, die Aufregung vor dem Schulbesuch, gerade bei guten und ehrgeizigen Schülern, rufen bei den zum Erbrechen disponierten Kindern die Entladung hervor. Daß z. B. der Schulbesuch allein den Anstoß abgibt, ersieht man daraus, daß ein solches Kind an Sonntagen und in den Ferien niemals erbricht. Es soll hier ferner an das Brechen als Abwehr gegen dauerndes Zureden beim Essen sowie gegen die Zumutung großer Nahrungsmengen, als Ablehnung von Zwangsfütterung oder Zufuhr unbeliebter Speisen erinnert werden, das ebenso eine Milieuwirkung darstellt wie der ungünstige Einfluß einer überängstlichen Umgebung, die durch dauerndes Befragen des Kindes, ob ihm auch nicht übel sei, schließlich die Brechattacke provoziert. In ähnlicher Richtung ist auch das erwartungsvolle Vorhalten von Geschirren, in die hineingebrochen werden soll, zu bewerten, was z. B. auch beim Verlauf des Keuchhustens eine Rolle spielt.

Wenigstens streifen muß man auch die Situation, wo ein Kind durch die Produktion von Erbrechen, das als schweres Krankheitszeichen ge-

deutet wird, sich verwöhnende Behandlung und eine Sonderstellung zu sichern versucht.

Aus diesen Andeutungen geht schon hervor, wie verschiedenartig den einzelnen Umständen angepaßt, die pädagogische und psychotherapeutische Behandlung jedes einzelnen Falles ausfallen muß. Erfolge sind hier oft nur zu erzielen, wenn die Erwachsenen in der Umgebung des Kindes belehrbar sind und im Sinne der ärztlichen Vorschläge mitarbeiten. Da dies oft nicht zu erreichen ist, so ist nicht selten Loslösung aus der ungünstigen Umgebung und Verbringung in ein pädgogisch günstiges Milieu am Platze, das dem Kinde aus sich selbst heraus zur Überwindung seiner Schwächen verhilft.

Prof. Hamburger, Charlottenburg Lietzenburger Str. 8a.

---

2. Differentialdiagnose gynäkologischer Blutungen.

Von

Dr. **M. Penkert,**

dir. Arzt der geburtshilf.-gynäkolog. Abteilung der Kahlenbergstiftung Magdeburg.

In der Gynäkologie nehmen die Genitalblutungen einen außerordentlich breiten Raum ein. Das Weib ist von der Menarche bis zur Menopause daran gewöhnt, daß sich in regelmäßigen Abständen Blutungen aus den Genitalien einstellen, daß diese zu seiner normalen Verfassung gehören und an sich eine zur Abwicklung seiner Lebensvorgänge notwendige Begleiterscheinung abgeben. Alle anderen Blutungen am, in und aus dem Genitale oder seiner Nachbarschaft deuten auf Unregelmäßigkeiten, Störungen und krankhafte Veränderungen der Geschlechtsorgane hin.

Die Vielseitigkeit dieser abnormen Blutungen oder blutig-schleimigen Absonderungen bedingen bezüglich der Erkennung und Behandlung mitunter mehr oder weniger große Schwierigkeiten und erfordern deshalb eine genaue eingehende Differentialdiagnose.

Es ist unmöglich, im Rahmen eines kurzen Referates all diese Dinge ausführlicher und eingehender zu behandeln, es soll aber versucht werden, einen allgemeinen Überblick zu geben.

Ungewöhnliche Blutungen kommen zunächst beim neugeborenen Mädchen vor. Es ist bekannt, daß noch unter dem Einfluß mütterlicher Hormone die Brüste Neugeborener anschwellen und die sogenannte Hexenmilch absondern, in selteneren Fällen erstreckt sich aber die gleiche Wirkung auch auf die inneren Genitalien und so finden wir in nicht zu häufigen Fällen auch einmal eine vorzeitige Menstruationsblutung aus den Genitalien der weiblichen Neugeborenen in den ersten Tagen nach der Geburt, die sehr bald wieder verschwindet.

Erst mit dem Eintritt der Pubertät gewinnen dann die gynäkologischen Blutungen mehr an Bedeutung.

Unerläßlich zur Differentialdiagnose gynäkologischer Blutungen ist eine sorgfältige Anamnese, die gründlichste Allgemeinuntersuchung, die äußere und bimanuelle innere Untersuchung, die Inspektion der äußeren und inneren Genitalien mit dem bloßen Auge, mit dem Spiegel und allenfalls dem Kolposkop und die Untersuchung der Ausscheidungen und Gewebsbestandteile mit dem Mikroskop.

Es kommt vor, daß Frauen in die Sprechstunde kommen mit der Angabe, daß sich öfter an ihrem Hemd etwas blutige Verfärbung, ein paar Tropfen Blut nach dem Urinlassen z. B. finden sollen; die Anamnese sowohl, wie die innere Untersuchung ergeben keine besonderen Anhaltspunkte für eine Blutung aus den Genitalien. Da findet sich ein Anhaltspunkt bei der Betrachtung der Harnröhrenmündung. Hier sehen wir des öfteren kleine Karunkeln, Polypen, einen Prolaps der Harnröhrenschleimhaut, die — wenn nicht gerade eine Blasenblutung infolge von akuter Entzündung, infolge von Papillom oder Karzinom der Blase, eine Nephritis haemorrhagica — ein- oder doppelseitig — eines Grawitzschen Tumors oder dgl. vorliegt, leicht zu geringfügigen tropfenweisen Blutungen durch kleine Verletzungen, durch Wundscheuern Veranlassung geben. Kleinere blutige Ausscheidungen finden sich zuweilen bei Kratzeffekten oder Rissen beim Krankheitsbilde der Kraurosis vulvae, jener chronisch indurierenden Hautentzündung, auf deren Basis sich auch mitunter ein Karzinom entwickeln kann. Es können hier auch Blutungen auftreten durch akute gonorrhoische Entzündungen der Harnröhrenschleimhaut oder durch luetische Primäraffekte, in seltensten Fällen auch einmal wohl durch tuberkulöse Veränderungen. Ausgedehntere Blutungen am Scheideneingang, an den großen Labien kommen bisweilen vor bei Varizenbildungen größeren oder kleineren Umfangs, besonders in den letzten Monaten der Gravidität infolge von Verletzungen oder unter der Geburt beim Durchtritt des Kopfes, der hier zu Zerreißungen führen kann.

Intensive Blutungen am Scheideneingang nach Kohabitationsversuchen und nach der Defloration sind nichts Seltenes. Durch brüske Gewalt, namentlich auch bei Notzuchtversuchen roher Wüstlinge können schwere Blutungen am eingerissenen Hymen und am Scheideneingang herbeigeführt werden, mitunter entstehen auch große Vulvahämatome, ähnlich wie wir sie ab und an bei schnell erfolgten Geburten mit Zerreißungen beobachten können. Auch Pfählungsverletzungen können schwere Blutungen, Zerreißungen am Damm und Scheideneingang mit Ausbildung großer Vulvahämatom machen. So erlebte ich einen Fall eines 23jährigen jungen intakten Mädchens, das beim Einsteigen ins Boot ausgeglitten und auf eine Dolle gefallen war. Es hatte eine Zerreißung des Hymens und einen Scheidenriß davongetragen. Weiterhin können Zerreißungen der Scheide größeren und

kleineren Umfangs als Kohabitationsverletzungen zu schweren Blutungen Veranlassung geben, deren Erkennung aber keine besonderen Schwierigkeiten macht.

In der Umgebung der Scheide treten fernerhin Blutungen aus Hämorrhoiden auf, die die geängstigten Frauen zum Arzt führen, aus äußeren und inneren Hämorrhoiden und vor allem aus tiefer und höher gelegenen Rektumkarzinomen, die mit der digitalen Untersuchung und dem Rektoskop meistens nicht zu übersehen sind.

Blutiger Ausfluß aus der Scheide ganz allgemein kann nun durch die mannigfachsten Ursachen begründet sein. In neuerer Zeit sind einzelne Fälle beschrieben, in denen beim Verkehr bei relativ jugendlichen Personen kleine stecknadelkopf- bis erbsengroße Zystchen mit rötlichem Inhalt arrodiert, geringe Mengen blutigen Schleims absonderten. Auch ich sah vor kurzem derartige auf engstem Bezirk zusammenstehende Erhebungen in der Scheide, die nach der Exstirpation keine Erscheinungen mehr machten. Ob es sich hier um kleine Endometriome oder vielmehr um Zysten aus embryonalen Resten in der Scheide — was wohl wahrscheinlicher ist — handelt, konnte nicht nachgewiesen werden.

Eine weitere Quelle blutig-schleimig-seröser Absonderung aus der Scheide sind Dekubitalgeschwüre von irgendwelchen Fremdkörpern, die hier längere Zeit gelegen und das Epithel der Vagina mehr oder weniger geschädigt haben. Meistens handelt es sich hier um Dekubitalgeschwüre durch langes Tragen von Pessaren und Ringen, die nach Mazeration der Scheidenschleimhaut zu größeren Defekten führen und einen samtartigen, roten, sehr leicht blutenden Untergrund zeigen. Wird die blutende Fläche mehr höckerig und uneben, dann kommt die Differentialdiagnose Scheidenkrebs in Frage, deren Entscheidung, wenn makroskopisch die Diagnose nicht zu erhärten, der Probeexzision und mikroskopischen Untersuchung vorbehalten ist. In seltenen Fällen wölben sich in das Scheidenlumen dunkelblaurote Knoten vor, die durch geschwürigen Zerfall oft schwere Blutungen aus der Vagina bringen und unschwer schon makroskopisch, vor allem aber durch die mikroskopische Untersuchung als Chorioepitheliomknoten anzusprechen sind und retrograde Metastasen eines Chorioepithelioms des Uterus oder der Tuben darzustellen.

Den Hauptanteil gynäkologischer Blutungen stellt der Uterus. An seinem Scheidenteil spielen sich mancherlei Veränderungen harmloser und schwerwiegender Art ab, die oft durch Blutungen in die Erscheinung treten.

Die Erosio portionis, hervorgerufen durch langdauernden Ausfluß, durch intensivere Entzündungen auf meist gonorrhoischer Basis, oder auch durch Tragen unzweckmäßiger Pessare, teils zur Stützung des deszendierten Uterus oder zur Schwangerschaftsverhütung, kann infolge ihres hyperämischen Zustandes zu Blutungen neigen. Das mehr oder weniger stark ausgebildete Ektropium der Muttermundslippen nach Einrissen bei normalen oder Zangengeburten kann ebenfalls blutig-schleimige Abgänge nach außen in Erscheinung treten lassen. Ist ein Totalprolaps der Scheide oder vor allem des Uterus vorhanden, fallen diese Teile aus der Scheide heraus, so können durch ständiges Scheuern und Wundwerden, abgesehen von blutig-seröser Absonderung in die Wäsche, mitunter auch schwere Blutungen die Frauen in Angst und Sorge versetzen und zum Arzt führen.

In seltenen Fällen kommen auch an der Portio Varizen vor, die platzen und Blut absondern können. Auch endometrioide Wucherungen sind hier beobachtet worden, deren Entstehung und Anerkennung jedoch einer strengen Kritik noch unterworfen sein dürfte.

Sehr häufig geben harmlose Polypen des Gebärmutterhalses von den kleinsten bis zu walnußgroßen, Veranlassung zu für die Trägerin mitunter recht beängstigenden blutigen Absonderungen und Blutungen. Sie sind durchweg Folgeerscheinungen eines mehr oder weniger ausgesprochenen Gebärmutterkatarrhs, polypöser Veränderungen der Schleimhaut in der Zervix. Schon die digitale Untersuchung, mehr aber noch die Besichtigung im Mutterspiegel führt hier zur richtigen Differentialdiagnose. Die mikroskopische Untersuchung ist in den meisten Fällen noch unbedingtes Erfordernis.

Die Entscheidung, ob in der Erosion der Portio ein harmloser oder maligner Prozeß vorliegt, ist in vielen Fällen nicht einfach. Unter einer harmlosen Leukoplakie, der weißlichen Veränderung der Zervix- und Portioschleimhaut, kann sich nach den ausgezeichneten Untersuchungen Hinselmanns u. a. sehr oft der Beginn eines Portiokarzinoms verbergen. Nach Abstoßung und Entfernung der weißlichen Schicht kommt es leicht zu blutiger Absonderung, hier bringt nur die Untersuchung mit dem Kolposkop Klarheit, verbunden mit der exakten mikroskopischen Untersuchung der Probeexzision aus der Portio.

Selten ist, an der Portio und aus der Zervix hervorragend, das sogenannte traubenförmige Sarkom, das nach Form und Aussehen kleinsten Weintrauben ähnelt, schwere Blutungen macht und äußerst bösartigen Charakter besitzt.

Am häufigsten gibt an der Portio und der Zervix das Karzinom zu Blutungen Veranlassung. Blutig-schleimiger Ausfluß, kleinere Blutungen aus dem Genitale bei der Kohabitation, dann mehr oder weniger starker Abgang von Blut aus den Genitalien führen die Frauen zum Arzt. Es ist ungeheuer wichtig, daß in allen Fällen von blutigen Abgängen mit äußerster Sorgfalt, nicht nur manuell, sondern vor allem auch mit dem Spiegel untersucht wird und es sollte heutzutage nicht mehr vorkommen, daß beginnende Zervixkarzinome übersehen werden. Wie oft kommen auch heute noch elende Frauen in die Klinik, bei denen nach längerer Verschleppung der Blutungen vom behandelnden Arzte nur irgendwelche Medikamente zur Blutstil-

lung, ohne jemals innerlich untersucht zu haben, verschrieben worden sind. Es ist äußerst bedauerlich, daß trotz der vielen Aufklärungen über den Krebs vor dem Kriege und auch nachher, noch soviel verschleppte Fälle in Behandlung kommen, ja es scheinen sich die verschleppten Fälle in den letzten Jahren trotz der zum Teil verheerenden medizinischen Aufklärung in Laienblättern noch immer zu mehren. Jede irgendwie verdächtige Erosion der Portio sollte durch Probeexzision differentialdiagnostisch sichergestellt und untersucht werden!

Das Zervixkarzinom ist nicht nur eine Erkrankung der mittleren und höheren Lebensjahre, es kommt leider auch bei Jugendlichen vor, wie mehrere im Schrifttum niedergelegte Fälle zeigen!

Der Gebärmutterkörper ist der Teil der inneren Genitalien, aus dem die allerverschiedensten Blutungen aus den mannigfachsten Ursachen erfolgen, deren Differentialdiagnose mehr oder weniger große Schwierigkeiten in der Erkennung und Beurteilung bietet.

Es ist das Verdienst von R. Schröder, den Ablauf, den Zyklus der normalen Menstruationsblutungen eingehendst untersucht und geklärt zu haben, ihm verdanken wir unsere neueren Erkenntnisse über die normalen und pathologischen Menstruationsverhältnisse.

Die periodischen Menstrualblutungen erfolgen gewöhnlich in vierwöchentlichen Intervallen und dauern durchschnittlich 3—4 Tage. Alle Abweichungen davon sind zu den unregelmäßigen Blutungen zu zählen. Wir unterscheiden hier die Hypermenorrhöe, bei der die Blutung zwar regelmäßig auftritt, oft jedoch eine Woche und noch länger dauert. Der Uterus ist hier gewöhnlich etwas vergrößert, fühlt sich verdickt und derb an und man muß hier eine verminderte Kontraktionsfähigkeit der Muskulatur annehmen, die bedingt sein kann durch zu starken Verbrauch nach schnell hintereinander erfolgten Geburten, oder durch eine Ersetzung der Muskulatur durch Bindegewebe. (Myofibrosis oder Metropathia haemorrhagica.) Auch bei Subinvolutio myometrii post partum kann der Uterus im Gegensatz zu der vorhergehenden Veränderung vergrößert, aber mehr weich angetroffen werden. Bei einer primären Minderwertigkeit der Muskulatur in einem infantilen oder hypophastischen Uterus kann Hypermenorrhöe beobachtet werden, das Blutstillungsvermögen ist hier wahrscheinlich auch durch allgemeine genitale Hypoplasie herabgesetzt. Daß durch Stauung bei einer Retroflexio uteri namentlich bei ungenügender Rückbildung des Uterus nach Geburt oder Abort, stärkere anhaltende Blutungen bedingt sein können, die nach Aufrichtung der retroflektierten Gebärmutter bald verschwinden, ist eine bekannte Tatsache. Fraglos kommen auf Grund einer Konstitutionsanomalie Hypermenorrhöen vor als Folgeerscheinung der muskulären Hypotonie und auch der Hypotonie des venösen Gefäßsystems im kleinen Becken, die gewöhnlich mit mehr oder weniger starken Varizenbildungen im kleinen Becken vergesellschaftet sind und die als Varicocele muliebris zum Teil erhebliche Beschwerden und Blutungen verursachen.

Erhebliche Stauungsblutungen können selbstverständlich auch bei Herzfehlern vorkommen, bei Lungenleiden, bei allgemeiner Plethora. Zu denken ist bei Blutungen auch einmal an verstärktes Auftreten bei Lues, es sollte deshalb öfter das Blut auf Wassermann oder die sonstigen Reaktionen untersucht werden.

Die echte Hämophilie ist bei Frauen sehr selten, wenn sie überhaupt vorkommt. Die bisher beschriebenen Fälle halten einer genaueren Kritik kaum stand. (Fortsetzung folgt.)

Dr. M. Penkert, Magdeburg, Westendstr. 3.

---

3. Schmerzlinderung unter der Geburt.

Eine Erwiderung von

Dr. med. **Marlene Manitz** in Hamburg.

Als Ärztin und Mutter möchte ich energischen Protest gegen die Ausführungen Frau Odens einlegen. Es scheint mir weder angemessen noch ratsam, aus einer einmaligen persönlichen Erfahrung heraus der jahrzehntelangen, an Tausenden von Fällen gesammelten Erfahrung eines unserer größten Gynäkologen zu widersprechen.

Schmerzempfindung ist eine körperliche Eigenschaft, die mit Tapferkeit an und für sich nichts zu tun hat. Es gibt Menschen mit gesteigertem und herabgesetzem Schmerzempfinden. Zu letzteren ist unbedingt Frau Oden zu zählen, wenn sie den Wehenschmerz als durchaus erträglich bezeichnet. Wenn sie zudem noch in den Wehenpausen durch den suggestiven Einfluß ihres Gatten schlafen konnte, so hat sie durchaus die Wohltat erfahren, die Geh.-Rat Sellheim den Kreißenden durch sein Mittel Skopan zugedacht hat. Denn sowohl Frau Oden wie Herr Dr. Neumann befinden sich in einem großen Irrtum, wenn sie von einer Aufhebung der Schmerzen und des Bewußtseins sprechen. Wie schon die Überschrift der Sellheimschen Abhandlung besagt, handelt es sich nicht um eine Aufhebung, sondern um eine Linderung der Schmerzen.

Aus persönlicher Erfahrung — die Geburt meines Sohnes liegt erst einige Monate zurück — kann ich mitteilen, daß die Schmerzen durch das Narkotikum nur auf ein erträgliches Maß herabgemildert werden, daß man aber in den Wehenpausen von einer wohltuenden Ruhe umfangen wird, die den Körper für die nächste Wehe stärkt. Das Bewußtsein für das Erleben der Geburt wird nicht im geringsten getrübt.

Der Gipfel- oder Höhepunkt des Frauenempfindens — wie Frau Oden und Herr Dr. Neumann sich ausdrücken — wird der Frau also keineswegs vorenthalten, sondern er wird noch viel

tiefer von ihr erlebt, da sie nicht völlig zermürbt und erschöpft von durchgemachten Schmerzen ist.

Ich selbst habe bei einer längeren Tätigkeit in einem Wöchnerinnenheim eine bescheidene Erfahrung gesammelt. Dort erlebte ich es bei Hunderten von Frauen nicht einmal, daß ein Narkotikum abgelehnt wurde, und nur bei wenigen, daß sie nicht direkt danach verlangten. Weiter möchte ich daran erinnern, daß sehr viele Frauen, die eine Entbindung ohne Narkotikum durchgemacht haben, die Schmerzen noch in so grauenhafter Erinnerung haben, daß sie zunächst ein weiteres Kind ablehnen.

Ich persönlich betrachte es als meine Arzt- und Menschenpflicht, jeder Kreißenden, zu der ich gerufen werde, diese Wohltat zukommen zu lassen.

Nochmals möchte ich betonen, daß gerade deshalb das Sellheimsche Mittel Skopan so ideal ist, weil es nur die Schmerzen lindert, das Bewußtsein aber erhalten bleibt. Im übrigen soll ja auch keine Frau dazu gezwungen werden, das narkotische Mittel zu nehmen, sondern es soll ihr nur die Möglichkeit dazu geboten werden.

Dem bewußten Erlebnis der Geburt möchte ich jedoch nicht die wesentliche und allein ausschlaggebende Bedeutung für die Entwicklung der weiblichen Psyche zubilligen, wie es Herr Dr. Neumann und Frau Oden tun. Aus persönlicher Erfahrung kann ich sagen — und das wird mir jede Mutter, die ihr Kind bis zum 9. Monate selber genährt hat, bestätigen —, daß erst das Stillen die Frau ganz zur Mutter heranreifen läßt.

Ich bin der festen Überzeugung, daß der weitaus größte Teil der Ärzte bei der Durchführung des segensreichen Sellheimschen Vorschlages gern helfen wird.

Dr. med. Marlene Manitz, Hamburg 39, Sengelmannstr. 154.

Anfragen aus dem Leserkreis.

Aus der Röntgenabteilung am Rudolf Virchow-Krankenhaus Berlin. (Direktor Dr. G. Bucky.)

1. Wie werden Grenzstrahlen erzeugt?

Von

Oberarzt Dr. **E. Lachmann** in Berlin.

Die Schriftleitung dieser Zeitschrift hat mich, angeregt durch Wünsche aus dem Leserkreis, aufgefordert, in Ergänzung zu dem in Nr. 2 dieses Jahrganges erschienenen Artikel Dr. Buckys einige Angaben über die zur Erzeugung der Grenzstrahlen nötige Apparatur zu machen.

Wie schon Dr. Bucky in seinem Artikel erwähnt hat, handelt es sich bei den Grenzstrahlen, physikalisch gesprochen, um besonders langwellige, d. h. weiche, wenig penetrierende Röntgenstrahlen. Dementsprechend ist auch ihre Erzeugung. Bekanntlich ist die Durchdringungskraft einer Röntgenstrahlung eine Funktion der an die Röntgenröhre gelegten Spannung. Während man bei der Erzeugung der in der Oberflächentherapie angewandten Strahlen aber Spannungen von etwa 400000—75000 Volt und mehr braucht, verwendet man bei der Grenzstrahlenbehandlung Spannungen von ungefähr 8000—12000 Volt. In Angström-Einheiten handelt es sich um Wellenlängen von 1—1,5 AE. Da die üblichen Röntgenapparaturen infolge der Dimensionierung ihrer Transformatoren eine so niedrige Spannung gar nicht zu entnehmen gestatten, war es notwendig, erst derartige Apparaturen zu bauen, wie sie heute von den meisten Röntgenfirmen für diesen Zweck in den Handel gebracht werden. Diese Apparaturen enthalten in ihrem wesentlichsten Teil einen Transformator zur Erzeugung der für den Betrieb der Röhre nötigen Hochspannung aus der Spannung des Netzes. Die niedrige Spannung allein aber würde nicht genügen, um die das Charakteristikum der Grenzstrahlen darstellende Weichheit der Strahlung zu ermöglichen, wenn nicht auch ein entsprechender Bau der Röntgenröhre dazu käme. Die normale Glaswand der Röhre würde nämlich gerade die weichsten Teile der Strahlung absorbieren. So mußte man zu dem aus der Technik bekannten Hilfsmittel eines Einbaues eines Röhrenfensters aus besonders leichtatomigen Elementen (sogenannten Lindemannfensters) an der Austrittsstelle der Strahlung aus der Röhre greifen. Das prinzipiell Neue an der Apparatur der Grenzstrahlung liegt somit in der Kombination eines „Lindemannrohres" mit einer niedrigen Betriebsspannung. Frühere Autoren hatten zwar auch ein Rohr mit Lindemannfenster verwendet, dieses aber mit den sonst in der Therapie üblichen Spannungen betrieben. So erhielten sie ein Strahlengemisch, bestehend aus weichen und harten Strahlungselementen, und vermieden dadurch die Gefahren, die in der Penetration der Strahlung liegen, in keiner Weise.

Es ist das Verdienst Buckys, der Konzeption der Idee einer reinen Oberflächenwirkung der Strahlung die Ausführung in praktisch verwendbarer Form angeschlossen zu haben.

Oberarzt Dr. E. Lachmann, Berlin, Rudolf Virchow-Krankenhaus.

2. Haben Weintraubenkuren gesundheitlichen Wert?

Von

Prof. **H. Strauß** in Berlin.

Die vorstehend gestellte Frage läuft für den Praktiker auf das Problem hinaus, welchen gesundheitlichen Wert besitzen Weintraubenkuren? Unter Weintraubenkuren verstehen wir eine länger, d. h.

mindestens mehrere Wochen, dauernde systematische Darreichung großer, d. h. 1—3 kg pro Tag betragender, Mengen von Weintrauben. Bei den Weintrauben sind auch für unseren Zweck einerseits das Fruchtfleisch und der Fruchtsaft und andererseits Schalen und Kerne zu unterscheiden. 100 g Weintrauben enthalten etwa 0,6 g Eiweiß und etwa 16—20 g Kohlehydrate. Ihr Nährwert beträgt etwa 70 Kalorien. Neben den hier genannten kalorisch in Frage kommenden Stoffen ist aber auch ihr Gehalt an Mineralstoffen sehr wichtig. Über diesen ist Näheres aus Schall-Heislers Tabellen zu ersehen. Weintrauben sind sehr reich an Kalisalzen und sehr arm an Chlor und Natron. Ferner besitzen sie einen Zellulosegehalt von 1,23 Proz., einen sehr geringen Gehalt an Purin-Basen, dagegen einen ziemlich beträchtlichen Gehalt an Weinsäure. Rechnet man den Abfall mit etwa 10 Proz., so sind in 2 kg käuflicher Weintrauben mit einem Nährstoffgehalt von etwa 1400—1600 Kalorien etwa 320—400 g Zucker, etwa 10 g stickstoffhaltiger Substanz, sowie etwa 11 g Weinsäure und etwa 7 g Mineralstoffe enthalten. Weintrauben stellen also ein kohlehydratreiches, eiweißarmes, kochsalzarmes und so gut wie purinfreies Nahrungsmittel dar. Im einzelnen finden sich in ihrer Asche nur etwa 1 Proz. Chlor und 0,4 Proz. Natron, während auf Kali etwa 60 Proz., auf Kalk etwa 9 Proz. und auf Phosphorsäure etwa 10 Proz. entfallen. Dabei überwiegen in der Asche die Basen.

Demnach sind Weintraubenkuren besonders angezeigt für Entlastungskuren bei Nierenkranken, soweit es bei diesen auf eine eiweißarme und kochsalzarme Ernährung ankommt. Aus dem gleichen Grunde sind sie auch für die Ernährung mancher Herzkranken geeignet. Jedoch ist hier zu erwägen, daß Weintrauben etwa 79 Proz. Wasser enthalten, so daß mit 2 kg Weintrauben etwa 1 ½ Liter Flüssigkeit zugeführt werden. Diese Menge ist aber für Kranke, welche auf Trockenkost gesetzt werden sollen, meist zu reichlich. Die Purinarmut der Weintrauben macht sie auch für die Behandlung der uratischen Diathese geeignet. Ihr gleichzeitig hoher Gehalt an Basen kommt der Behandlung harnsaurer Konkremente in den Harnwegen besonders entgegen. Durch ihren hohen Kaloriengehalt stellen größere Mengen von Weintrauben oft auch eine wertvolle Unterstützung von Mastkuren dar, insbesondere von solchen, bei welchen es auf Fleischarmut ankommt. Überhaupt sind größere Mengen von Weintrauben bei allen diätetischen Maßnahmen, bei welchen Fleischfreiheit oder Fleischarmut der Kost verlangt wird, schon deshalb gern gesehen, weil sie gut schmecken und erfrischend wirken. Deshalb finden sie auch bei Rohkost gern Verwendung, wobei wir jedoch unter Rohkost nicht exklusive Rohkostkuren verstehen. Dagegen ist bei dem heutigen Stande der diätetischen Technik die Stellung der Weintraubenkuren für Entfettungszwecke erheblich erschüttert. Zum mindesten benutzen wir heute für die Durchführung von sogenannten „Obsttagen" Obstsorten von geringerem Nährstoffgehalt. Für die Behandlung der chronischen Obstipation kommt die systematische Anwendung von Weintraubenkuren heute auch nur noch als Hilfsmaßnahme in Frage. Überhaupt besitzt die kurmäßige Darreichung von Weintrauben heute nicht mehr dieselbe Stellung, wie noch vor 40 oder 50 Jahren, weil die individualisierende Diätetik und die Kenntnis der diätetischen Technik heute in weitere Kreise der Ärzteschaft eingedrungen ist als es damals der Fall war.

Die Wirkung der Weintraubenkuren wird stark von der Beschaffenheit und dem Kaloriengehalt der Beikost beeinflußt. Je nach dem beabsichtigten Zweck muß die letztere qualitativ und quantitativ verschieden gestaltet werden. Weintraubenkuren können bei dem derzeitigen Stande unseres Versandwesens auch im Hause des Patienten durchgeführt werden. Zum Zwecke einer Weintraubenkur einen bestimmten Kurort aufzusuchen ist im allgemeinen nur nötig, wenn andere Gründe, wie z. B. klimatische Rücksichten usw. hierzu Veranlassung geben. Für die praktische Durchführung von Weintraubenkuren sind gründliches Abspülen (Infektionsmöglichkeit! sowie Fernhaltung von Schalen und Kernen von den Verdauungsorganen) und langsamer Anstieg von kleineren Mengen zu größeren Mengen nötig. Die Einzelportionen soll man nicht höher als etwa ½ kg gestalten und dieselben in 3—4 Portionen auf den Tag verteilen. Grundsätzlich sind möglichst nur süße, säurearme Sorten zu verwenden, bei welchen sich auch die Schale leicht ablösen läßt, weil eine ganze Reihe von Menschen eine Empfindlichkeit von Lippen, Zahnfleisch, Zunge usw. gegen die in manchen Traubensorten besonders reichlich vorhandene Säure darbietet. Zuweilen empfiehlt es sich, an Stelle von Weintrauben den ausgepreßten Saft von Weintrauben zu verwenden. Empfindlichkeit des Darms, insbesondere Neigung zu Diarrhöe kann eine Gegenanzeige gegen die Anwendung einer reichlichen Zufuhr von Trauben und mitunter auch gegen den — in der Regel erheblich leichter verträglichen — Traubensaft abgeben. Neuerdings sind auch dauernd haltbare Traubensäfte nach der Bearbeitungstechnik von „flüssigem Obst" hergestellt worden. Die Verwendung von Weintrauben ist heute nur ein ernährungstherapeutisches Hilfsmittel, das jedoch in entsprechend dosierter und auch sonst dem Einzelfall angepaßter Form für gar manchen Zweck einer stärkeren Berücksichtigung wert ist, als dies heute vielfach geschieht. Exklusive Traubenkuren unter Wegfall von Beikost kommen aber heute nur höchst selten in Frage.

Geh. San.-Rat. Prof. Dr. Strauß, Berlin W 50, Budapester Straße 11.

Redigiert von Dr. E. Hayward in Berlin.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

1. Innere Medizin.

Studien über die physiologische Wirkung des Föhns

haben W. Storm van Leeuwen, Booy, van Niekerk und Petschacher vorgenommen (Münch. med. Wschr. Nr. 8). Um den Zusammenhang zwischen Wetter oder Wetterumschlag und Gesundheit zu ergründen, mußte man Untersuchungen anstellen in Gebieten, wo der Einfluß des Wetterwechsels auf den Menschen besonders ausgeprägt und charakteristisch ist. Als besonders günstig mußte Innsbruck erscheinen, einmal als eine bekannte Föhnstadt, in welcher der Föhn meteorologisch am besten studiert ist, und weil zweitens hier von seiten der Meteorologen, Ärzte und Kliniken die beste Unterstützung vorhanden war. — Die Föhnkrankheit kann nicht eigentlich als Krankheit im engsten Sinne bezeichnet werden, sie steht eher an der Grenze zwischen den physiologischen, durch klimatische Einflüsse hervorgerufenen Erscheinungen und einer hierdurch verursachten Krankheit und aller Übergänge von noch im Bereiche des Physiologischen liegenden Unlustgefühlen bis zum wirklichen Krankheitsgefühl bei Gesunden; auch bei Kranken macht sich die Föhnempfindlichkeit ähnlich bemerkbar. Es fehlen jedoch alle objektiven Symptome für die Föhnkrankheit, weshalb manche, allerdings selbst föhnunempfindliche Leute darin nur den Ausdruck einer Massenpsychose erblicken wollen.

Drei Kardinalsymptome unterscheiden die Föhnkrankheit von den auch sonst bekannten Wettergefühlen einigermaßen. Sie macht sich schon zu einer Zeit bemerkbar, in der der eigentliche Föhn noch gar nicht nachweisbar ist (klinischer oder Vorföhn gegenüber dem meteorologischen Föhn). Ein Teil der Bevölkerung, besonders der eingeborenen hat eine Föhnimmunität, ja empfindet ihn sogar als angenehm. Die Föhnempfindlichkeit nimmt mit der Dauer des Aufenthaltes in Innsbruck zu, Sensibilisierung gegen den Föhn. — Die klinischen Erscheinungen sind am besten als Unlustgefühle zu bezeichnen, die sich einerseits in gesteigerter Reizbarkeit, andererseits in einer durch nichts anderes begründeten Depression äußern. Erstere zeigt sich als Überempfindlichkeit gegen Schall-, Licht- oder Geruchseindrücke, sie führt zu Streitigkeiten bis zu groben Tätlichkeiten, sie macht ungeduldig und verhindert die zur Arbeit nötige Sammlung. Die Depression umgekehrt bewirkt ein gesteigertes Schlafbedürfnis, einen Wunsch nach Ruhe; alles wird schwerer empfunden als gewöhnlich. So ist es verständlich, daß an Föhntagen Selbstmorde, Erregungszustände schwererer Art, kriminelle Handlungen einerseits, Verkehrsunfälle andererseits gehäuft sind. — Es ist verständlich, daß von solchen Unlustgefühlen bis zum Krankheitsgefühl (Abgeschlagenheit, Mattigkeit, Kopfschmerzen) nur ein fließender Übergang ist, und daß bei chronischen Krankheiten eine Verschlechterung zutage tritt. Interessant ist es, daß nach den Beobachtungen des Dieners des pathologischen Instituts sich an Föhntagen die Todesfälle häufen, als ob der Föhn das nur noch schwach brennende Lebenslichtlein ausbläse.

Die genannten Symptome verschwinden meist, wenn der Föhnwind wirklich da ist. Richtige, objektive Symptome, das wiederholen Verff. zum Schluß, haben sich ihnen und früheren Forschern noch nicht gezeigt.

Plethora abdominalis (Dyspepsia intestinalis flatulenta).

Dr. Fr. Crämer (Dtsch. med. Wschr. Nr. 7), der klassische Schilderer der genannten Dyspepsia hat im Laufe seiner über 30jährigen Erfahrungen merkwürdige Befunde erhoben, die ihn veranlaßt haben, die Magen-Darmerscheinungen als sekundäre Symptome, als Folgen von Stauungen im Pfortadergebiet anzunehmen, also den ganzen Zustand als Plethora abdominalis aufzufassen. Die auffallendste Erscheinung, der Meteorismus entsteht durch abnorme Gasansammlung im Darm, diese wiederum durch mangelhafte Resorption der Gase im Darm, und letztere ist abhängig von der Durchblutung der Darmwand und vom Tonus des Darmes, kurz alle diese Symptome sind in letzter Linie Folgen einer Stauung im Pfortadergebiet. Ein weiterer merkwürdiger Befund besteht darin, daß die Lebergegend beim Atmen stark zurückbleibt, die Leber ist vergrößert und nicht selten empfindlich, das rechte Zwerchfell steht höher als das linke und ist beim Tiefatmen kaum beweglich. Verbreiterung des Herzens nach rechts, Mißverhältnis zwischen Brust- und Bauchumfang zu ungunsten des letzteren, der normalerweise 10—12 cm weniger betragen soll, Dämpfung in der Gegend des S-romanum sind die hauptsächlichsten Befunde, deren genaue Schilderung im Original nachzulesen zu empfehlen ist.

Die Ursachen des Gesamtleidens liegen in der Lebensweise, in der Beschäftigung, im Mißbrauch der Genußmittel, in zu gutem Leben verbunden mit mangelnder Bewegung. Die sitzende Lebensweise führt zu oberflächlicher Atmung, eine der Hauptursachen der Plethora abdominalis; sitzt man viel am Schreibtisch, besonders, wie sehr häufig, meist etwas halbrechts, so wird die rechte Seite beim Atmen vernachlässigt; man atmet mehr links als rechts, es kommt zur Leberstauung. In der

Folge tritt eine Kapillarstauung in der Darmwand hinzu, der Abbau der einzelnen Nahrungsmittel, vor allem die Gasresorption leiden Not, der das Krankheitsbild bald beherrschende Meteorismus entwickelt sich. Viele Kranke wenden sich nun an den Magendarmarzt; durch die Behandlung der Magendarmsymptome wird die primäre Plethora nicht geheilt.

Die Hauptsymptome sind: wechselnder Appetit, ungenügender Stuhl, Pat. hat nicht das Gefühl vollkommener Entleerung, er klagt über Stiche in der Herzgegend, kalte Füße, unruhigen Schlaf, gereizte Stimmung usw.

Die Behandlung besteht in einer vollkommenen Änderungen der Lebensweise; zur Beseitigung der plethorischen Kreislaufstörung haben Digitalis und CO_2-Bäder meist versagt. Wichtig sind: Regelung der Diät, Einschränkung der täglichen Mahlzeiten auf 3, Vermeidung aller blähenden Speisen, ausgiebige körperliche Bewegung, Spaziergänge, Schwimmen, Atemgymnastik, 25 mal im Bett tief atmen, dann in linker Seitenlage, dann im Stehen, am besten unter Anlegung des linken und Heben des rechten Armes, alles mehrmals täglich. Der Stuhl muß milde und antispasmodisch reguliert werden, am besten unter Zuhilfenahme abendlicher Einläufe von 3 Eßlöffel warmen Olivenöls, der über Nacht bleibt, morgens eventuell ein Kamillosaneinlauf, 2—3 mal wöchentlich. Alle wertvollen Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

G. Zuelzer (Berlin).

Verdauungsstörungen bei Bandwurmträgern und Oxalsäurewirkung.

(M. Lœper: Les accidents digestifs provoqués par le ténia. Progrès méd. Nr. 45 1931 S. 1902). Bei Bandwurmträgern kommt es, wenn auch nicht so oft wie bei Leuten mit anderen Darmparasiten, zu Magen- oder Darmanfällen, die zuweilen einen eindrucksvollen Charakter annehmen und zu diagnostischen Irrtümern Anlaß geben können. Am bemerkenswertesten sind: 1. Erscheinungen, die ein Ulkus vortäuschen, weiter reichliche Durchfälle, endlich falsche tabische Krisen. 2. Diese Anfälle können die Folge einer örtlichen Reizung sein, nämlich einer örtlichen Entkalkung der Muskularis des Darmes, andererseits aber auch enteroneuritischen Reaktionen entspringen. 3. Diese Enteroneuritiden sind toxischer Natur. Sie können einen anaphylaktischen Ursprung haben, einen chemischen Ursprung in hypothetischen organischen Substanzen, vielleicht Aldehyden oder Fettsäuren. Bestimmt haben sie teilweise wenigstens ihren Ursprung in der Oxalsäure, die unschwer aus der Umwandlung des Bandwurms selbst hervorgeht, vor allem aus der seines Glykogens in Oxalsäure, die schon mehrfach bewiesen wurde. Lœper hat seit langem auf den Reichtum des Stuhles von Wurmträgern an Briefkuvertkristallen aufmerksam gemacht. Man findet bei Oxalurikern oft Bandwurmglieder im Stuhl und eine Abtreibungskur beendet die Nierenanfälle. Da die Oxalsäure nur aus abgestorbenen Gliedern hervorgeht, so bedeutet ihre Anwesenheit im Stuhl die Abstoßung reichlicher Glieder.

Der mörderische Waschkessel.

(E. Martin: Les lessiveuses homicides. Deux cas d'intoxication, dont un mortel, par l'oxyde de carbone, provoqués par une lessiveuse chauffée au gaz. J. Méd. Lyon 20. Nov. 1931 S. 671). Ein Gasbrenner, der zu dicht an eine übermäßig ausgedehnte zu beheizende Fläche gebracht ist, gibt ohne Unterbrechung seines Brennens und ohne Freiwerden eines besonderen Geruches eine ausreichende Menge Kohlenmonoxyd an die Zimmerluft ab, um die in seiner Umgebung befindlichen Personen in einem unzureichend ventilierten Raum zu vergiften. Es ist nötig, daß die Ärzte wissen, daß ein Gasheizapparat Kohlenoxyd in bedenklichen Mengen liefern kann, ohne daß es nach Gas riecht. Zu einer Zeit, wo die Gasheizung sich mehr und mehr ausbreitet und insbesondere für die sogenannten Hauswaschkessel benützt wird, haben sie die Pflicht die Aufmerksamkeit der Privatleute wie die der Behörden auf die Gefahr von Unfällen der geschilderten Art hinzuweisen, die schon häufig beschrieben, aber noch viel häufiger verkannt und für plötzliche Todesfälle erklärt worden sind. Es muß gefordert werden, daß die Hersteller von Gaskochern die Lage des Brenners so ändern, daß es nicht zur Entwicklung von Kohlenmonoxyd kommt.

Fuld (Berlin).

---

2. Chirurgie.

Die sogenannte Zystenmamma

war Gegenstand einer eingehenden Aussprache auf der Sitzung der Berliner Gesellschaft für Chirurgie vom 16. November 1931 (Ref. Zbl. Chir. 1932 Nr. 11). Es berichteten hierüber M. Borchardt vom klinischen und Jaffé vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus. Die den Praktiker und Chirurgen gleichermaßen am meisten interessierende Frage der Behandlung dieser Erkrankung — konservativ oder operativ — wurde ihrer Lösung wesentlich nähergebracht. Seit vielen Jahren wird ja auf diesem Gebiet gearbeitet und schon die übergroße Zahl von Bezeichnungen für dieses Krankheitsbild geben ein Abbild der verschiedenen Auffassungen über Pathologie und Klinik dieser Erkrankung. Daß eine echte Tumorbildung vorliege oder daß es sich um entzündliche Vorgänge handele, wird heute nur noch vereinzelt angenommen. Auch die Auffassung, daß eine Mißbildung vorliege — sie gründet sich auf die Ähnlichkeit des Epithels mit dem der Schweißdrüsen — hat sicher nur für wenige Fälle Gültigkeit. Besonders schwierig ist die Entscheidung, ob das Primäre die Wucherung des Epithels oder des Bindegewebes ist. Für beide Auffassungen finden sich gewichtige Stimmen. Schließlich spielen

auch Altersinvolutionen eine Rolle. Wenn auch meist die Erkrankung erst in oder nach der Klimax auftritt, so sind die Fälle, in welchen sie erheblich früher in die Erscheinung tritt, keineswegs selten. Interessant ist die Beobachtung, daß die Erkrankung bei Frauen, die nicht geboren haben, doppelt so häufig auftritt, als bei solchen, die eine Schwangerschaft überstanden haben. Wie verhält sich nun die Zystenmamma zum Krebs? Die statistischen Angaben schwanken zwischen 7 und 80 Proz. Mit Recht nimmt Borchardt an, daß nur die völlige Ungleichheit des Materials zu solchen Divergenzen führen kann. Der Pathologe bekommt eben nur diejenigen Fälle zu sehen, bei welchen der Chirurg wegen des Verdachts einer bereits malignen Erkrankung operiert hat. Nur so erklären sich die hohen Zahlen einzelner Autoren. Man konnte dieser wichtigsten Frage näherkommen, wenn man nicht Operationsmaterial, sondern Leichenmaterial untersuchte. Es wurden bei 100 Leichen beide Mammae genau pathologisch-anatomisch durchforscht, und zwar wurden von insgesamt 200 Mammae jeweils 4—5 Stücke zur Untersuchung entnommen. Solche Studien sind früher auch schon ausgeführt worden, aber ein Material von dem genannten Umfang steht bisher noch nicht zur Verfügung. Es ergab sich nun das überraschende Resultat, daß 93 Proz. aller untersuchten Mammae von Frauen jenseits des 40. Lebensjahres Veränderungen zeigten, 25 Proz. doppelseitig. Hierbei ergab sich weiter, daß die hochepithelialen Zysten, die am häufigsten zu Wucherungen neigen, in 65 Proz. einseitig, in 30 Proz. doppelseitig vorhanden waren. Das sind gerade diejenigen Fälle, die als besonders krebsverdächtig gelten. Man geht wohl nicht fehl in der Annahme, daß Fehldifferenzierungen im Mammagewebe sehr häufig sind, und daß unter hormonalem Einfluß dann die beschriebenen Veränderungen eintreten. Das häufige Auftreten dieser Bilder zwingt dazu, sie als präkankerös abzulehnen. Es ergibt sich also vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus der Schluß, daß die Diagnose Krebs an das maligne Wachstum und nicht an den Befund der Zystenmamma allein gebunden ist. Die praktischen Folgerungen, die Borchardt aus diesen Ergebnissen Jaffés zieht, faßt er in folgenden Sätzen zusammen: Veränderungen im Sinne der Mastopathia cystica dysplastica sind viel häufiger als meist angenommen wird. Diese Veränderungen können schon im frühen Lebensalter beginnen. Die Erkrankung macht sehr langsame Forschritte; sie kann in jedem Stadium zum Stillstand kommen; sie kann jahrzehntelang, ja bis ans Lebensende bestehen, ohne daß Karzinom dazukommt. Bei der Mastopathia cystica dysplastica ist ein latentes und manifestes Stadium zu unterscheiden, zwischen beiden natürlich Übergangsstadien. Junge Frauen mit geringen Beschwerden, mit objektiven, kaum nachweisbaren Veränderungen in den Brüsten, die mit den Menses auf- und abschwellen, sind nicht besonders krebsgefährdet; sie bedürfen keiner operativen Behandlung. Größere isolierte Zysten können punktiert werden. Die Krankheit braucht nicht fortzuschreiten. Bei stark lokalisierten Beschwerden kann man ausnahmsweise breite Teilexzisionen machen und diese histologisch kontrollieren lassen. Bei den manifesten Mastopathien der älteren Frauen jenseits des 45. bis 50. Lebensjahres muß man gelegentlich aktiver sein. Hier ist die Krebsbereitschaft größer.

Hayward (Berlin).

Betrachtungen über die Brauersche Operation und ihre Indikation bei der Concretio pericardii

führen A. Clerc, H. Soupault und P.-Noel Deschamps (Considérations sur l'opération de Brauer — cardiolyse, thoracectomie précordiale — au cours de la symphyse péricardique. Progrès méd. 1931 Nr. 42 S. 1777) zu folgenden Schlüssen: bei der Behandlung einer veralteten Concretio scheint die ausreichend breite vordere Thorakektomie mit oder ohne Erhaltung des Periosts (nicht aber die Perikardiektomie, über die sie keine Erfahrungen besitzen) den Autoren in ihren unmittelbaren Folgen ein weit weniger schwerer Eingriff als man denken sollte, dafür aber weit wirksamer in der weiteren Folge. Aber sie bekämpft das Symptom und nicht seine Wurzel, und die Furcht, daß in einem gegebenen Augenblick die Insuffizienz des Myokards wieder die Oberhand gewinnt, besteht zurecht. Versuche an großen Herzen ohne klare Adhäsionszeichen haben trotz längeren Überlebens nur zu ephemeren Ergebnissen geführt. Um wirklich günstig zu wirken setzt der Eingriff ein Herz voraus, das einmal befreit, aus eigenen Mitteln eine ausreichende Kontraktilität aufbringen kann. Daher betreffen die dauerhaften Erfolge junge Leute oder richtiger Adoleszenten von 16—20 Jahren ohne Klappenveränderungen, wenn auch neben der Concretio pericardii die Zeichen einer chronischen schwieligen Mediastinitis bestehen mit einer Polyserositis nicht nur der Pleuren sondern nuch des Peritoneums und einer Perihepatitis fibrosa der zudem durch die Stase vergrößerten Leber. Wenn hier auch die Tuberkulose dem Prozeß zugrundeliegt, so handelt es sich doch um eine meist an sich prognostisch günstige Form dieser Krankheit. Trotz aller Einschränkungen können die Autoren sich auf Grund ihrer Erfahrungen dem optimistischen Standpunkt der meisten Bearbeiter dieser Frage anschließen.

Fuld (Berlin).

Nebenhodenerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung von differentialdiagnostischer Auswertung.

bespricht Richter (Klinik Bier) in der Med. Welt 1931 S. 593 f. Statt der bisherigen spezifischen und unspezifischen parenteralen Reiztherapie wurde bei gonorrhoischer und auch bei bakterieller Grundlage der Nebenhodenerkrankung ein anderer therapeutischer Weg eingeschlagen. Bei vorhandenem Urethralsekret werden 3—6 Ösen desselben in $^1/_2$—2 ccm physiologischer Kochsalzlösung aufge-

schwemmt und 0,1 ccm einer Verdünnung 1:1000 dieses Ausgangsmaterials intrakutan injiziert. In 3—4 tägigen Abständen können dann die Injektionen bei steigender Dosis wiederholt werden, vorausgesetzt, daß keine besonderen Reaktionserscheinungen eingetreten sind, bei denen dann selbstverständlich erst nach Ablauf derselben die Behandlung fortgesetzt werden kann.

Mit gutem Erfolg wurde auch Bellur (Hersteller: Laboratorium Reumella, Berlin SO 36) gegeben, ein besonders gereinigtes Sandelholzölpräparat. Seine wirksamen Bestandteile sind Sesquiterpenalkohole (Santalol). Außerdem enthält es geringe Mengen von niedrigen molekularen Alkoholen, wie Teresantalol und Santenol. Im menschlichen Körper lösen sich die Bellurkapseln erst im Dünndarm und schalten dadurch Schädigungen des Magens aus. Die Ausscheidung des Bellurs erfolgt dann zu geringen Teilen durch die Atmung. Der größte Teil wird durch die Nieren ausgeschieden, und zwar in Paarung an Glykuronsäure, worauf die starke Reduktion zurückzuführen ist. A.

3. Aus dem Standesleben.

„Approbierter Arzt."

Von Haas (Med. Korresp.bl. Württemberg 1931 Nr. 18). Eine schlimmere Mißachtung der ganzen Ausbildung der deutschen Ärzte kann nicht zum Ausdruck gebracht werden als durch die Forderung, daß die Entscheidung über künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft nicht dem „Belieben" der Ärzte, sondern nur eigens „sozialgeschulten" Ärzten überlassen werden soll. Ist nicht derjenige Arzt der beste sozialgeschulte, der in jahrzehntelanger Praxis seine Patienten bzgl. ihrer gesundheitlichen Konstitution, ihrer Familienanlagen, besonders auch ihrer wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse und Nöte so genau kennt, wie nie eine amtliche Stelle Einblick in diese erhält? Gerade auch für die heute so umstrittene Indikationsstellung der Schwangerschaftsunterbrechung sind die praktischen Ärzte vermöge des Vertrauens, das sie dort noch besitzen, wo sie als Hausarzt vielleicht schon jahrzehntelang aus- und eingehen, besser befähigt und besser sozialgeschult als Ärzte in amtlichen Beratungsstellen.

Das ärztliche Ansehen.

Von Hoder (Ärztl. Praktiker 1931 Nr. 10). Entgegnung auf eine gleichbetitelte Arbeit Bergers (Ebendort Nr. 6). Wenn Berger der Hoffnung Ausdruck gibt, daß der Ärztestand durch das Bekenntnis zur idealistischen Auffassung des Arztberufs nicht unheilbar in den Materialismus hinabsinken wird, so kann ich ihm darin nicht beipflichten. Die Heilkunst ist Ware geworden und wird es aller Voraussicht nach auch bleiben. Aber es ist kein Grund vorhanden, diese Tatsache den Ärzten, die am wenigsten Schuld daran tragen, schlecht anzukreiden. Man darf vom Arzt nicht mehr Idealismus verlangen, als er bieten kann. Wichtig ist ebenso wie in jedem anderen Berufe anständiges Verhalten im Konkurrenzkampf und hochwertige Leistung. (Anm. d. Ref.: Die Arbeit — aus sozialistischem Lager? — dürfte heftigen Widerspruch hervorrufen.)

Kurierfreiheit und Wissenschaft.

Von Gerber, Primararzt, Wien. Und

Die Kurierfreiheit in Deutschland.

Von Friedjung, Dozent, Wien (Beide Sozialärztl. Rundsch. 1931 Nr. 6 und 7). Beide Verff., sozialistische Ärzte, erteilen in dem Organ der sozialdemokratischen Ärzte Wiens dem Berliner „Genossen" Moses, der in einer vorhergehenden Arbeit in seiner bekannten Art gegen die Bekämpfung der Kurierfreiheit schmäht, vernichtende Abfuhren. „Genosse Moses ist Berufspolitiker und Arzt: wenn es ihm nur darum zu tun war, in der Frage der Kurpfuscherei eine Objektivität zu beweisen, welche sich im Zwiespalt der eigenen ärztlichen Herkunft und der laienhaften Auffassung auf die Seite der letzteren stellt, so hat die im vorstehenden enthaltene Apologie der Kurierfreiheit diesen Zweck ausreichend erfüllt." „Weil wir wissen, daß die rechtzeitige, nur mit wissenschaftlichen Methoden mögliche Erkennung beginnender Lungentuberkulose, . . . Neoplasmen, . . . Lues, Impfung . . . auch dem arbeitenden Volke gewonnen werden, muß, dürfen wir der Demagogie in diesen Fragen keinen Raum gönnen." „Wir wollen, wenn wir einmal an das deutsche Mutterland angeschlossen werden, nicht in allem die Nehmenden sein, bezüglich des Segens der Kurierfreiheit aber schon ganz und gar nicht."

H. Berger (Fürstenberg in Mecklenburg).

4. Geburtshilfe und Frauenleiden.

Tuberkulose und Schwangerschaft

(Bericht über das Klinikmaterial aus den Jahren 1922—1929 einschließlich) unterzieht B. Keßler-Kiel (Univ.-Frauenkl.: Rob. Schröder) einer kritischen Betrachtung (Z. Gynäk. 1931 Nr. 1). Nach den Erfahrungen, die in der Kieler Klinik gemacht wurden — es wurde von 102 Fällen 18 mal die Unterbrechung abgelehnt. Von diesen haben 16 gesunde Kinder geboren. Verf. ist der Meinung, daß die Überlegenheit des aktiven Vorgehens keineswegs durch das von ihm beobachtete Material gestützt wird. Das Schicksal der Tuberkulösen hängt von der Tendenz des Prozesses zur Besserung oder Verschlechterung ab, wobei die sozialen Verhältnisse hierbei oft von ausschlaggebender Bedeutung sein können. Sicherlich muß in Zukunft hier der Hebel angreifen, dringender noch als die nichtschwangere Tuberkulose gehört die schwangere Tuberkulose in Heilstättenbehandlung. Hierin liegt nach Ansicht des Ref. sicher ein richtiger Kern, aber leider kommt eine solche

Heilstättenbehandlung und der daraus resultierende Mutterschutz und die Aufzucht derartiger Kinder nur in einem Lande in Betracht, das über große Mittel verfügt. Die Zahl der Beobachtungen des Verf. ist zu klein und die Zeit der Beobachtung ist viel zu kurz, als daß man berechtigt wäre daraus weittragende Schlüsse zu ziehen. Ref. ist unter den jetzigen Verhältnissen unbedingt für aktives Vorgehen, besonders bei offener Lungentuberkulose.

Reversible („temporäre") Sterilisierung der Frau durch Quetschung der Ampullae tubae

empfiehlt H. Naujoks-Marburg (Lahn) (Univ.-Frauenkl.: E. Kehrer) und beschreibt die sehr einfache Technik (Z. Gynäk. 1931 Nr. 2). Quetschung und Unterbindung des abdominellen Tubenendes. Der Zustand ist reversibel. Es braucht bei dem zweiten Eingriff nur das abdominelle Tubenende entweder mit dem Messer oder durch den elektrischen Funken abgetragen zu werden. Man muß abwarten, ob dann Schwangerschaft eintritt. Bis jetzt liegen noch keine Beobachtungen vor (Ref.).

Zervikaler oder korporaler Kaiserschnitt bei Placenta praevia?

Diese Frage beantwortet Erich Rotthaus-Bielefeld (Chirurg.-gynäk. Abt. d. Städt. Krankenhauses: Momburg) dahin, daß er den zervikalen Kaiserschnitt bevorzugt. Man soll bei Placenta praevia das Abschieben der Blase nicht zu sehr forcieren und einer hierbei auftretenden Blutung dadurch ausweichen, daß man den zervikalen Schnitt nach oben in das Korpus hinein erweitert. Ref. bevorzugt auch hierbei den Dörflerschen Querschnitt, mit dem er die besten Resultate gehabt hat. Insbesondere wird hierbei jede Verzerrung der Blase vermieden (Z. Gynäk. 1931 Nr. 2). Abel (Berlin).

Geschichte der Medizin.

1. Persönliche Gesundheitspflege Goethes und seiner Zeit.

Von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Gumprecht** in Weimar.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Das Wort Gesundheitspflege oder Hygiene findet sich nirgends in Goethes Lebenswerk, weder in den eigenen Dichtungen, Tagebüchern, Briefen, noch in den von den Zeitgenossen überlieferten Gesprächen. Ein gesunder, tätiger Mensch hat eben wenig Grund, über seinen Körper nachzudenken. Und gesund in der ganzen Anlage war Goethe, trotz der häufigen Mandelentzündungen, Bronchialkatarrhe und Rheumatismen, trotz der gelegentlichen Nierenkoliken und zweier Blutstürze. Möbius sieht in der bekannten Pathographie die Dinge zu schwarz; das Zeugnis des eigenen Arztes und Freundes, Hufeland, der unter die ersten medizinischen Autoritäten seiner Zeit zu rechnen ist, steht uns höher: „Noch nie erblickte man eine solche Vereinigung physischer und geistiger Vollkommenheit in einem Manne."

In Konstitution und Temperament steht Goethe dem Kretschmerschen Typus des Pyknikers nahe: „reiche Nutrition" (d. h. Neigung zu Fettleibigkeit), breite Brust, „Torosität des Halses" (Stiernackigkeit), Frohnatur abwechselnd mit hypochondrischen Stimmungen, ausgiebige Reaktion auf Umgebungseindrücke, gesellige Neigungen, Periodizität in der Produktion; war die manische Phase in der Produktion einmal eingetreten, so rollte sie mit derartigem Ungestüm ab, daß fast jedesmal eine bedeutende Krankheit folgte (Angabe des Sohnes und des Leibarztes Vogel). Auf Grundlage dieser Konstitution stürmt der junge Goethe durchs Leben fort und erst der ältere bildet sich feste Gewohnheiten und Regeln, die wir aus den Berichten der Zeitgenossen und vereinzelten eigenen Äußerungen rekonstruieren können.

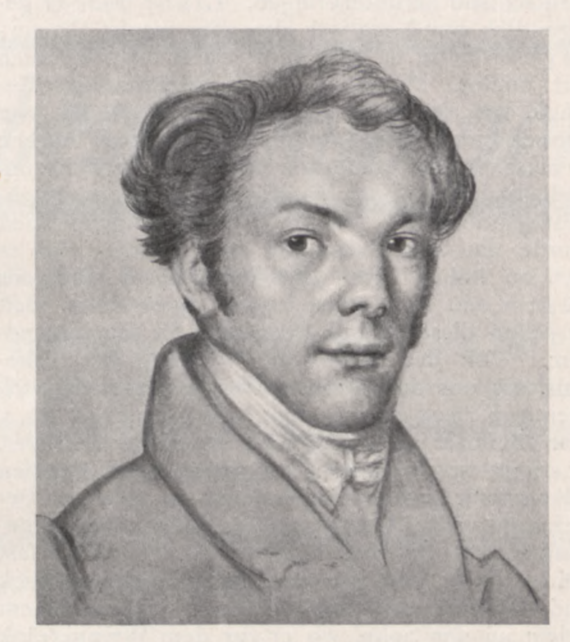
Goethes Hauptmahlzeit zu Mittag war gut und reichlich; morgens nahm er nur wenig, ebenso nachmittags gegen 5 Uhr, abends blieb er nüchtern, auch wenn Gäste da waren; das Essen bestand vorwiegend in Fleischspeisen, den Gästen setzte er gern besondere Delikatessen, wie Kaviar oder Artischocken vor; von Rohkost oder Vegetarismus wußte er nichts. Sein sorgloses Hineinessen verschaffte ihm häufige Magen- und Darmbeschwerden, denen er durch fast ständigen Gebrauch von Abführmitteln zu begegnen suchte; Rhabarber und Bittersalz taten stets schon in geringer Dosis ihre Wirkung und hinterließen keine Arzneigewöhnung; eine Badekur mußte noch nachhelfen, 12 mal besuchte er Karlsbad, 3 mal Marienbad. — Ein Schlemmer war aber Goethe keineswegs, er konnte auch mit der einfachsten Nahrung auskommen; so wenn er im Gartenhäuschen lebte, wo ihm Frau v. Stein das Essen oft hinüberschickte, oder wenn er in Jena einsam arbeitete; er lebte dort tagelang von Wurst, wenn nicht Christiane etwas anderes zur Abwechslung schickte. — Seine Zähne waren bis zum Lebensende gut erhalten, obgleich er als Jüngling öfters über dicken Backen und Zahnschmerzen zu klagen hatte. — Eine Zahnbürste hat sich im Nachlaß nicht gefunden. — Goethe war ein Früharbeiter, er legte sich um 9 Uhr zu Bett und stand um 5 Uhr auf. Er war stets tätig, aber niemals eilig. Sein Schlaf war bis ins höchste Alter ausgezeichnet; manchmal wachte er des Nachts auf und arbeitete weiter; lag aber gesundheitliche Störung des Schlafes vor, so war er sehr ungehalten und verlangte vom Arzte Abhilfe; er erhielt dann Bilsenkrautextrakt, dem er

sehr zugetan war, weil das Mittel ergötzliche Träume mache.

In jungen Jahren hat Goethe fast jede Art von Sport, Reiten, Jagen, Schlittschuhlaufen, Fechten, Schwimmen, Parforce-Wanderungen (z. B. die lebensgefährliche Brockenbesteigung im Winter) betrieben, ohne dabei viel an Gesundheitspflege zu denken. Unter dem Einfluß Rousseaus stehend, wie alle seine Zeitgenossen, begeisterte er sich für Licht, Luft und Natur, mehr aus seelischen als aus hygienischen Empfindungen: „Wo wir uns der Sonne freuen, sind wir jede Sorge los, daß wir uns in ihr zerstreuen, darum ist die Welt so groß." In praxi hielt er es freilich anders. Wandern und Spazierengehen wurden ihm mit den Jahren immer fremder; er schloß sich im überheizten Zimmer ein und „nur mit großer Mühe konnte man ihn bewegen, ein Fenster öffnen zu lassen, damit sich die Luft in seinem Schlaf- und Arbeitszimmer erneuere" (Vogel). Da es keine Zentralheizung damals gab, so waren die Flure im Winter eiskalt, und dieser Gegensatz brachte ihm häufige Katarrhe ein, war auch die Ursache seiner letzten, tödlichen Erkrankung. Im Zimmer stand oder ging er fortwährend und setzte sich nur vorübergehend auf den durch ein Kissen erhöhten Stuhl oder auf das Sofa, das im späteren Alter sogar ganz durch anderes Inventar des überfüllten Arbeitszimmers verdrängt wurde. Im Zimmer wurde auch der Nachtstuhl benutzt; in den Invektiven verhöhnt er ein gegen ihn gerichtetes Pasquil mit den Worten „gern würd' ich dieses holde Wesen des Abends auf dem Nachtstuhl lesen". Der Abort des Goethehauses ist wahrscheinlich erst nach dem Tode des Dichters eingebaut. In den Weimarer Schlössern war übrigens noch lange nach Goethes Tode für fürstliche Gäste der Nachtstuhl in Gebrauch; ein alter Diener pflegte hier bei den Fremdenführungen zu bemerken, erst unter dem Großherzog Carl Alexander habe sich der damalige Hofmarschall das „unsterbliche Verdienst" erworben, die Aborte einzubauen.

Goethes Waschschüssel[1]).

Unter den Genußmitteln waren Tee, Kaffee und Tabak Goethe zuwider. Der Tee war erst seit 1820 allgemeiner in Gebrauch; Goethe hat seine schätzenswerten Eigenschaften nicht erkannt, bezeichnet seine Wirkung als giftartig und ironisiert ihn als Damengetränk. — Den Kaffee verwarf er wegen der Magenwirkungen, erst im Alter trank er Morgens eine Tasse Milchkaffee; von dem 1820 entdeckten Koffein und seinen anregenden Wirkungen wußte Goethe nichts; er unterlag hier offenbar dem öffentlichen Vorurteil: Die Bierbrauer hatten gegen Ende des 18. Jahrhunderts einen Feldzug gegen den Konkurrenten



Goethes Arzt Dr. Karl Vogel.

Kaffee eingeleitet und hatten den Schutz Friedrich des Großen gefunden, der amtlich gegen den Kaffee vorging mit dem Hinweis, daß er selber mit Biersuppe groß gezogen sei. So ist es zu verstehen, daß Goethe die Frau v. Stein wiederholt vor dem — nach unseren Begriffen doch recht harmlosen — Kaffee warnt und seinem Sohne das feierliche Versprechen abnimmt, nie solchen zu trinken. — Tabakrauchen war Goethe fremd, weniger aus gesundheitlichen Gründen, als weil er es als eine Zeitverschwendung betrachtete. Schnupftabak hat er nie genommen, offenbar schon aus ästhetischen Gründen; dagegen hatte er die Gewohnheit, an Kölnischem Wasser zu riechen. Goethes Genuß alkoholischer Getränke ist oft wesentlich überschätzt worden. Zweifellos hat er als Student und in der ersten Weimarer Zeit viel getrunken, aber in keinem der zahlreichen Erinnerungsblätter von Zeitgenossen ist

[1]) Die beiden Bilder sind mit Erlaubnis des Goethe-Nationalmuseums zu Weimar veröffentlicht.

jemals von Betrunkenheit die Rede. Seine Äußerung vom August 1818, „da habe ich mich umsonst besoffen", ist offensichtlich ein Scherz: der Arzt traf ihn, als er versehentlich einen Tag zu früh seinen Geburtstag mit einer Extraflasche feierte. Es gibt aber Rechnungen seines Erfurter Weinhändlers, die über Hunderte von Talern lauten. Bier hat er nur als Student getrunken, es „macht das Blut dick und verstärkt zugleich die Berauschung durch den narkotischen Tabakdampf"; die „Bierbäuche und Schlauchlümmel" werden Deutschland herunterbringen. Likör trank er gelegentlich zum Nachtisch aber ganz wenig, Champagner hatte er sehr gern, trank ihn aber auch nur mäßig. Wein war sein regelmäßiges Getränk, vor allem der Würzburger Weißwein, von dem er durch Jahrzehnte täglich eine ganze Flasche zu Tisch leerte, außerdem nahm er täglich zum Frühstück ein Glas Madeira und zu dem Nachmittagsimbiß, der oft im Theater eingenommen wurde, ein Glas Burgunder oder Punsch. Als er sich im hohen Alter das Glas Punsch, übrigens gegen den Rat seines Arztes, abgewöhnte, hielt er schon diese geringe Reduktion für sehr tugendsam. Von der lähmenden Wirkung des Alkohols, die uns durch die psychophysischen Experimente Kraepelins, Aschaffenburgs u. a. klar offenbart ist, wußte Goethe nichts Gewisses, er stimmt sogar einmal Eckermann bei, der den Alkohol für produktionsfördernd in geistiger Beziehung erklärt. Demgegenüber stehen aber Äußerungen, wie die vom April 1780 „ich trinke fast keinen Wein und gewinne täglich mehr an Blick und Geschick zum tätigen Leben" oder aus einem Briefe an den Sohn, wo er vor dem Weingetränk warnt, „das mehr, als man glaubt, einem besonnenen, heiteren und tätigen Leben entgegenwirkt". Es wohnen also auch in dem Verhalten zum Alkohol zwei Seelen in seiner Brust, von denen allerdings die irdische mit ihren klammernden Organen überwiegt.

Persönlich reinlich ist Goethe zweifellos gewesen, man braucht nur seine anerkennende Schilderung der Sauberkeit Lerses zu lesen. Die Kleinheit des Waschbeckens, die den Goethehausbesuchern oft auffällt, ist nur dem niedrigen Stande der damaligen keramischen Technik zuzuschreiben.

Die Ärzte hat Goethe stets hochgehalten; Rehbein, Huschke, Reil, Starke, Hufeland, Vogel haben fast jeder ihre besonderen Lobeserhebungen erhalten, einzelne sogar das Prädikat genial, und in naher persönlicher Beziehung zu ihm gestanden; er kannte und schätzte auch gerade den suggestiven Einfluß der Arztperson auf den Kranken: „Die Kranken sind wie Schwamm und Zunder, ein neuer Arzt wirkt immer Wunder." Seinen Ärzten rief er zu, sie schonten ihn zu sehr, sie müßten „ein wenig napoleonisch mit ihm zu Werke gehen". Aber in der Krankheit, namentlich wenn sie schwerer und langwieriger auftrat, wurde doch auch häufig die typische Patientenstimmung in ihm herrschend: so schreibt er aus Karlsbad „man ist übel daran, daß man den Ärzten nicht recht traut und doch ohne sie sich gar nicht recht zu helfen weiß"; ein Konsilium von zwei Ärzten erregte sein besonderes Mißtrauen: „Da gehen die Jesuiten hin, beraten können sie sich wohl, aber nicht raten und retten." Ein andermal heißt es sogar „Ihr Hundsfötter", was aber wohl halb scherzhaft gemeint ist. In der gefährlichen Krankheit 1823 verordnet er sich selbständig Kreuzbrunnen: „Wenn ich doch sterben soll, so will ich auf meine eigene Weise sterben"; und als er gesund geworden war, trank er nun jahraus jahrein seinen Kreuzbrunnen, jedes Jahr über 400 Flaschen. Erst dem letzten Arzt, Vogel, gelang es, diesem „unangemessenen eigenmächtigen Medizinieren ein Ende zu machen".

Es gibt zahlreiche Äußerungen Goethes, die zeigen, daß er die große Rolle des nervösen Anteils an körperlichen Leiden, des subjektiven gegenüber dem objektiven Kranksein, erkannt habe. Man kann wohl sagen, er habe die moderne „Krise der Medizin" teilweise vorausgeahnt. „Ich leide oft an Beschwerden des Unterleibs, allein der geistige Wille und die Kräfte des oberen Teils halten mich im Gange; der Geist muß nur dem Körper nicht nachgeben." Das waren nicht nur Worte. Als er am Palmsonntag 1816 aus besonderem Anlaß zu Hofe befohlen wurde, stand er vom Krankenlager auf, genügte seinen Repräsentationspflichten und legte sich sofort zu Hause wieder ins Bett. Dahin gehört auch die, an Gemütskälte streifende Abweisung aller Trauer bei Todesfällen selbst der Nächststehenden, der eigenen Frau, des befreundeten Schiller, des verehrten Herzogs; als der Sohn August in Rom gestorben war, sprach der Vater nur von seinem „Ausbleiben". Eine konventionelle Anfrage nach seinem Befinden machte ihn verdrießlich. — Aber auch hier wechselt sein Verhalten, denn die Nächststehenden, die es sicher wissen mußten, sprechen von seiner eigentümlichen Unfähigkeit, körperliche Übel mit Geduld zu ertragen, und seinem weichlichen Klagen gegenüber leichten Brustkatarrhen. — Der Mode folgend unterzog er sich häufigem Aderlaß. Seine Einstellung zu den Arzneimitteln war mehr gläubig als kritisch; in den Maximen und Reflexionen spricht er von der wissenschaftlichen Arzneikräuterkunde, „und halten wir ein solches Streben keineswegs für gemein, hier entdecken wir die Idee aufs Nützliche gerichtet, vielleicht die ursprünglichste Richtung von allem". Besonders hoch soll ihm sein Eintreten zugunsten der, damals noch sehr unvollkommenen, Kuhpockenimpfung angerechnet werden, an der er sich durch entgegenstehende Einzelerfahrungen nicht irre machen ließ; allerdings hatte er als Kind selber eine qualvolle Pockenerkrankung durchgemacht.

Neben allen diesen Einzelheiten geht eine Hauptidee durch Goethes Gesundheitspflege, nämlich

Schwangerschaftsreaktion

aus dem Frühharn nach Aschheim-Zondek (AZR).

Biologische Frühdiagnose der Schwangerschaft. Diff.-Diagnose auf Tumor, lebende oder tote Gravidität, Menopause. Frühzeitige Feststellung von pathologischer Gravidität. Spezialtitration auf Blasenmole und Chorionepitheliom.

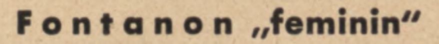
Hormonbestimmungen

aus dem Frühharn nach Zondek. –

Qualitativ und quantitativ auf Ovarhormon und die Partialhormone des Hypophysenvorderlappens zur Unterscheidung hypo- und hyperhormonaler Störungen, mit Vorschlägen für die spezifische Hormontherapie.

Gefäßabforderungen und Anschriften sind zu richten an unsere Untersuchungs-Abteilung.

Genau standard. Hormonpräparate



mit Angabe der Gültigkeitsdauer.



Fontanon „feminin"
standardisiertes Ovarhormon

20 Dragees zu je 100 ME jetzt	RM. 2.05
3 Inj.-Ampullen zu 1 ccm mit je 50 ME . . . jetzt	RM. 1.73

Horpan
standardisiertes Hypophysenvorderlappenhormon

12 Tabletten zu je 160 RE jetzt	RM. 2.46
für Injektionen: 5 Ampullen Pulver zu je 80 RE und 5 Ampullen Lösungsmittel jetzt	RM. 4.10

Preise ohne Umsatzsteuer.

Von beiden Präparaten Klinikpackungen erhältlich

die untrennbare Verflechtung von körperlicher und geistiger Gesundheit; wie er als Philosoph Fichtes Trennung von Körper und Seele ablehnte, so empfand er sich menschlich stets als einheitliches Ganzes; „seinem Charakter gemäß handeln heißt seinen physischen und geistigen Gewohnheiten gemäß handeln“ sagt er auf der Höhe seines Lebens zu Riemer. Tätigkeit bedeutet für ihn Gesundheit; „was ist Deine Pflicht? Die Forderung des Tages.“ Goethes Lebenskunst ist deshalb zugleich seine Gesundheitspflege. Es mutet uns wie ein frisch erquickendes Gesundheitselixier an, wenn wir den Spruch lesen:

Liegt das Gestern klar und offen,
Wirkst Du heute kräftig frei,
Darfst auch auf ein Morgen hoffen,
Das nicht minder glücklich sei.

Zusammenfassend darf man sagen, daß Goethe die Frage einer Gesundheitspflege vorwiegend vom seelischen Standpunkte behandelt hat und daß dort seine Haupteinstellung auf ein tätiges Leben als Grundlage körperlichen Wohlbefindens durchaus richtig und allgemeingültig ist. Der engeren körperlichen Gesundheitspflege hat er wenig Gedanken zugewendet, wie dies die Regel bei kräftigen gesunden Menschen ist. In einzelnen Äußerungen unterliegt er den typischen Stimmungen der Kranken und den Vorurteilen des Publikums, doch finden sich daneben auch feine vorausahnende Gedankengänge, z. B. über die Wirkung des Alkohols, den Nutzen der Vakzination und den psychischen Anteil somatischer Krankheiten.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gumprecht, Weimar, Admiral-Scheer-Str. 1.

---

2. Wilhelm Busch und die Medizin.

Von
Geh. Med.-Rat Dr. **Richard Paasch** in Berlin.

Mit 6 Abbildungen im Text.

Nachdem unter dem Einfluß des von Virchow vertretenen Lehrsatzes omnis cellula e cellula der alte Streit zwischen Humoral- und Solidarpathologie im wesentlichen zugunsten der letzten entschieden zu sein schien, haben neuerdings die humores, in ihrer Verkleidung als Hormone, wieder Oberwassser bekommen. So könnte man also im Hinblick darauf, daß man die Eigenschaften der Urelemente von altersher in Beziehung zu den Körperkonstitutionen gebracht und daraufhin auch die Vierteilung der Temperamente nach den Kardinalsäften in Sanguinisch, Melancholisch, Cholerisch und Phlegmatisch vorgenommen hat, jetzt in des Wortes Doppelsinn, auch von einer Humortherapie sprechen, wenn wir uns nämlich zu psychagogischen Zwecken gelegentlich einmal zu einer Lachkur entschließen.

[1]) Die Abbildungen wurden von dem Verlag Fr. Bassermann in München freundlichst zur Verfügung gestellt.

Solche Gedankenreihen werden in uns am 15. April dieses Jahres, dem hundertsten Geburtstage des Humoristen Wilhelm Busch, lebendig; und wenn sich bei diesem Anlaß der Dank der Nachwelt allerorts in einer Flut rednerischer und schriftlicher Ergüsse Luft machen wird, werden auch die Ärzte nicht umhin können, diesem Förderer von Frohsinn und guter Laune ihre Huldigung darzubringen, und zwar wie einem Kollegen!

Die Kunst Wilhelm Buschs gibt sich als die ganz ungewöhnliche Vereinigung höchsten zeichnerischen Könnens, einprägsamen sprachlichen Ausdrucks und gedanklichen Tiefsinns, verbunden durch die Fähigkeit, Ernstestes in die Form übermütigen Spiels zu kleiden; und schlägt zuweilen, wie im „Heiligen Antonius von Padua“, im „Pater



Filucius“ und in der „Frommen Helene“ seine Harmlosigkeit in frechen Spott und bitterste Satire um, ist darin nur ein Gegengewicht gegen die von ihm gewöhnlich aus durchsichtigen Gründen zur Schau getragene Kindlichkeit zu erblicken. Zwar kommt auch in dieser Kindlichkeit recht oft grausame Schadenfreude zum Ausdruck und gibt ihm zu den zahllosen Streichen Veranlassung, in denen er bösen Buben und Mädchen unbarmherzigen Schabernack auszuüben gestattet, um schließlich Jung und Alt, Männlein und Weiblein, Mensch und Tier in tollem Wirrwarr durcheinander purzeln zu lassen. Alle erleiden aber auch für ihre Schandtaten gerechte Strafe: Max und Moritz, die bösen Buben von Korinth, Hans Huckebein der Unglücksrabe, Fips der Affe, — alle, alle. Und er versöhnt uns dann durch die Moral:

„Drum soll ein Kind die weisen Lehren
Der alten Leute hoch verehren!
Die haben Alles hinter sich
Und sind, gottlob! recht tugendlich!“

Stets sitzt ihm der Schalk im Nacken!

Vielleicht dürfen wir Ärzte für uns eine besondere Fähigkeit in Anspruch nehmen, Charakteristisches als trefflich wiedergegeben anzuerkennen. Welchen Genuß verdanken wir da unserem Künstler, der, wie kein anderer, den Ausdruck einer Persön-

lichkeit mit wenigen Strichen und Punkten festzuhalten versteht! Wer hat mit so einfachen Mitteln wie Wilhelm Busch, scheinbar mühelos, Typen geschaffen, wie, um nur Weniges herauszugreifen, seine Fromme Helene, Onkel Nolte, Tobias Knopp, dessen Julchen, den Dichter Balduin Bählamm und die zahllosen Schlingel, an deren Spitze Max und Moritz, die Unsterblichen, marschieren! Vor anderem sind die kleinen Köstlichkeiten erwähnenswert, in denen er die menschlich allzumenschlichen Bedürfnisse des Alltagslebens festhält. Die von der Frommen Helene belauschte Morgentoilette des Vetters Franz mit allen Einzelheiten gehört hierher. Von beinahe ärztlichem Scharfblick zeugt das zu öfterem dargestellte Zurechtmachen des Babys. Eine Folge von Bildern



wie die in „Julchen, das Wickelkind" überraschend richtig gesehenen und entzückend wiedergegebenen Hantierungen würde jeder Säuglingspflegefibel zu Nutzen und Zierde gereichen; und wenn er als Dichter dabei ausruft:

„O ihr, die ihr Eltern seid,
Denkt doch an die Reinlichkeit!",

wird damit von ihm nicht der Wesenskern aller Hygiene gekennzeichnet? Erste Säuberung und Wäsche, „Wie mit Puder man verfährt", Über-



wachung der Verdauung und weitere Intimitäten der Kinderstube, des Ehelebens —: werden wir nicht immer wieder zu Zeugen von Szenen aufgerufen, wie sie kaum ein anderer je besser und vorurteilsloser zu beobachten Gelegenheit hat als der Doktor? Kein Wunder also, daß dieser und seine Wissenschaft sich auch Buschs besonderer Aufmerksamkeit erfreuen.

Von der Hygiene ist die Rede gewesen. Was die Diät betrifft, so betont er:

„Das weiß ein Jeder, wer's auch sei,
Gesund und stärkend ist das Ei"

und ergänzt mit diesem Erfahrungsergebnis recht dankenswert Goethes weise kategorische Behauptung „Frisches Ei, gutes Ei". Daß er kein Vegetarier gewesen, schließen wir außerdem aus den anerkennenden Worten („Kritik des Herzens"):

„Wer einen guten Braten macht,
Hat auch ein gutes Herz".

Seine Stellung zum Alkohol kennzeichnet, neben einer Fülle lustiger Einfälle, in denen er die Wirkung des Rauschs, oft auf das Drastischste, schildert, die klassische Feststellung:

„Rotwein ist für alte Knaben
Eine von den besten Gaben";

und wer wollte die Innigkeit verkennen, mit der er für die Dankbarkeit, die er dem Tabak zollt, nach der Genesung des von den Enten arg zugerichteten Frosches den lapidaren Ausdruck findet:

„Jetzt raucht er wieder, Gott sei Dank!"

Dürfen ihn also weder die Verehrer von Rohkost noch Antialkoholisten und Nikotingegner für sich in Anspruch nehmen, bevorzugt er als Therapeut doch nichtsdestoweniger Volksmedizin und einfache natürliche Behandlungsweise. „Hoch ist hier Frau Böck zu preisen" ruft er aus, als diese durch Applikation eines heißen Bügeleisens auf den Leib ihres Gatten die Folgen eines Sturzes ins Wasser schnell und sicher beseitigt. Andererseits widmet er zwar auch den Einzelheiten einer Karlsbader Kur, mit deren Hilfe der Junggeselle Tobias Knopp die Folgen eines allzu üppigen Lebens los zu werden versucht, liebenswürdige Sorgfalt, kann trotzdem aber nicht umhin, Gicht und Podagra als abschreckende Beispiele für unzweckmäßiges Verhalten schadenfroh als Zielscheibe boshafter Schilderung zu benutzen. Auf einem der bekannten Münchener Bilderbogen sehen wir den dünnen Handwerksburschen, im Sonnenbrand auf staubiger Landstraße wandernd, neidisch auf den fahrenden dicken Reichen blicken. Abends indessen ruht er froh und frei sanft im duft'gen Wiesenheu,

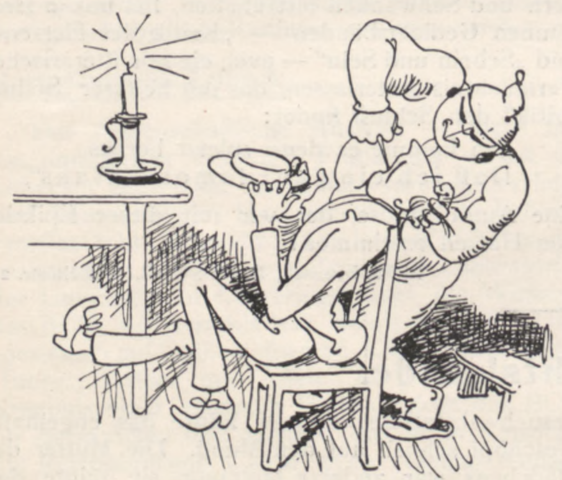
„Der Dicke aber — Autsch! mein Bein! —
Hat wieder heut' das Zipperlein".

Die Vertreter der Heilkunde behandelt er teils wohlwollend wie den ernst bedächtigen Doktor Pelikan, der sich vor einem Eingriff bei unsicherer Prognose sagt: „Wie es kommt, das weiß man nicht", hinterher aber stolz ist „weil er seine Pflicht getan", teils verwendet er sie zu lustigen Schnurren, so, wenn er den Doktor Siebel einen Frosch aus dem Magen eines Knaben mittels einer Angel

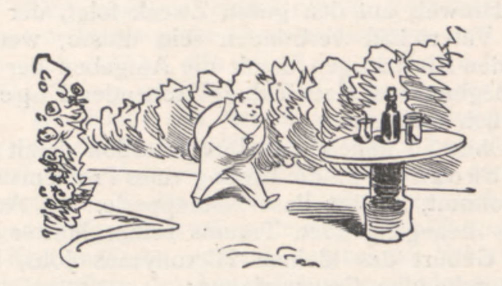
heraufholen läßt, oder, wenn er im von ihm verfaßten und mit Bildern ausgestatteten Text der Operette „Der Vetter auf Besuch" einem Wunderdoktor nach Doktor Eisenbarts Art die Strophen in den Mund legt:

„Ohne viel zu renommieren:
Ich kann jedes Ding kurieren.
Kopfweh, Zahnweh, Podagra,
Rheumatismus, Cholera,
Hühneraugen und dergleichen
Müssen meinem Willen weichen.
— — — — — — — —
— — — — — — — —
Und wird das Ding nicht besser,
So nehm' ich gleich das Messer.
Die Nase, die Ohren, die Arme, die Beine
Und wär's der Kopf
Schnipp, Schnapp, ich schneid' ihn ab;





oder, wenn er bei einem Münchner Festaufzug das „Entweder — Oder" des Doktors als geeignet hinstellt, einem „dicken Gourmand" jeglichen Lebensgenuß zu vergällen. In seinem „Nöckergreis" läßt er sieben Ärzte über einen eigenartigen Fall mit sieben verschiedenen Diagnosen ergötzlich zu Worte kommen.



Ist es ein Wunder, daß der Künstler, der in einem seiner Briefe an die holländische Schriftstellerin Frau Marie Anderson die Maler Rembrandt, Hals und Steen als seine auserwählten Lieblinge bezeichnet, den die Darstellung eines chirurgischen Eingriffs auf einem „wunderbaren Bilde von Brouwer" zu einem Gedicht begeistert, vor allem in primitiver zahnärztlicher Tätigkeit eine Fülle von Motiven findet, die ihn zu in ihrer Art einzigen kleinen Meisterwerken anregen? Man vertiefe sich z. B. in die Einzelheiten der Bilderfolge, die des Dichters Balduin Bählamm Behandlung durch Doktor Schmurgel darstellt, von dem uns berichtet wird

„Der Doktor wird von diesem Lärme
Emporgeschreckt aus seiner Wärme.
Indessen kränkt ihn das nicht weiter;
Ein Unglück stimmt ihn immer heiter."

Wir brauchen unsern Stand gegen eine Verallgemeinerung der Eigentümlichkeit dieses Kollegen wohl nicht in Schutz zu nehmen. Muß sich doch jeder Beruf, der Schulmeister wie der Schneider, Schuster und die verehrungswürdige Schwiegermutter, hergebrachterweise gute und schlechte Witze, Neckereien und Spott gefallen lassen; und es sind nicht die schlechtesten Früchte, an denen die Wespen nagen.

Der Anatomie und Physiologie entnommene Namen und Begriffserklärungen sprechen für die Neigung des Spötters, übermütiger Laune unter der Maske ernstester Wissenschaftlichkeit die Zügel schießen zu lassen, so, wenn er naiven Lesern Verständnis für das Wort biceps zumutet

— „der Biceps wird zuerst geübt.
„Er, der dem Arm die Spannkraft gibt" —

oder, wenn er in drollig umständlicher Weise das Wesen einer Ohrfeige auseinandersetzt, für das die Forschung die Bezeichnung „Kraftverwandlung" besitze! Umgekehrt eröffnet uns mitunter eine denkspruchartig gestaltete kleine Bosheit den Ausblick auf noch gar nicht abzusehende neue

Gebiete der Wissenschaft. Wenn auf den oft zitierten Reim:

„Vater werden ist nicht schwer,
Vater sein dagegen sehr"

ein Hinweis auf den guten Zweck folgt, der mit der Vaterschaft verbunden sein müsse, werden für den Einsichtigen damit die Aufgaben der erst im Beginn ihrer Entwicklung stehenden Eugenik deutlich umrissen.

Ohne zu ahnen, daß ihre Intuition damit der Psychoanalyse die Lösung eines Problems vorwegnimmt, belehrt Base Schnepperle, aus Anlaß eines beängstigenden Traums seiner Mutter vor der Geburt des kleinen Hieronymus Jobs, ihre aufhorchenden Gevatterinnen:

„Ein Traum der kommt aus der Natur!" und, daß der Frommen Helene in einem heiklen „schwierigen Kapitel" „allein die geistlichen Mittel" helfen, ist ebenfalls eine Offenbarung, für die unser Meister, wäre er posthum geboren, verdient hätte, in ideale Konkurrenz um den Frankfurter Goethepreis zu kommen.

Aber keine noch so vollständige Aufzählung aller Einzelheiten seines Werks, die zu Krankheit und ärztlicher Tätigkeit in Beziehung stehen, würde die Bedeutung Wilhelm Buschs für die Medizin erschöpfen. Diese ist vielmehr auch darin zu finden, daß wir bei Ausübung unseres Berufs in die Lage kommen können, seinen unerschöpflichen Humor, wie ich in meinen einleitenden Worten schon angedeutet habe, zu seelischer Beeinflussung heranzuziehen. Seine tollen Einfälle in Wort und Bild haben gewiß schon manchem Kranken die Zeit verkürzt, seine Stimmung gehoben und sein Leiden erträglich gemacht, indem sie an die Stelle von Furcht, Verzagtheit und Sorge als Voraussetzung für Heilung und Genesung Hoffnungsfreude, Vertrauen und Zuversicht setzten. Insbesondere dürfte die Beschäftigung mit der Eigenart seiner Kunst melancholisch und hypochondrisch Veranlagten zu empfehlen sein. Diese Eigenart hat Wilhelm Busch zum Liebling weiter Kreise gemacht, auch solcher, die seine künstlerischen Eigenschaften als genialer Zeichner und Dichter zu würdigen nicht imstande sind. Zahlreiche „geflügelte Worte" von ihm sind Gemeingut des Volkes geworden, da sie die Bedingungen erfüllen, die Eduard Engel in seinem nachdenklichen Buch „Was bleibt?" für alles aufgestellt hat, was den Tag zu überdauern berufen ist. Denn hinter der lachenden Außenseite verbirgt sich ein ernster Philosoph, den Richard Muther in seiner „Geschichte der Malerei im neunzehnten Jahrhundert" sogar einen menschenscheuen, verdrossenen Mann nennt. Busch selbst beginnt kurze autobiographische Notizen mit den Worten: „Kein Ding sieht so aus, wie es ist", und die Erfahrung lehrt, daß berufsmäßige Spaßmacher nicht selten den ihnen näher Stehenden als ungesellige Sonderlinge bekannt sind. Wilhelm Busch hat sich, nachdem ihm frühzeitig Kant, Schopenhauer und Darwin in die Hände gekommen waren, nach anscheinend lustig verbrachter Lehrzeit in Düsseldorf, Antwerpen und München in seinen Geburtsort Wiedensahl, einen kleinen hannöverschen Marktflecken, zurückgezogen. Seine Anlage zu Skepsis und Pessimismus verrät sich häufig in durch Knappheit und Sicherheit überraschenden Urteilen. Man denke an die bekannten trefflichen Definitionen von Gut und Böse, Enthaltsamkeit und manchem Anderen, die wir ganz mit Unrecht, nur verleitet durch die Umgebung, in der er sie vorträgt, als lediglich humoristisch gemeint aufzufassen verleitet werden. Wenn er an Frau Andersen schreibt: „eine von Schopenhauers Schrullen ist auch seine Ansicht über Heilige", lehrt uns das die Freude verstehen, mit der er oft genug Gelegenheit sucht und findet, nicht nur Scheinheiligkeit verdientermaßen an den Pranger zu stellen, sondern hier und da auch durch Überlieferung für viele Geheiligtes rücksichtslos zu bespötteln. Andererseits verdankt er dem Einflusse Schopenhauers seine Neigung zum Buddhismus und den Glauben an eine Art von Seelenwanderung. „Wird man aus einem Leben herausgeklopft, huscht man ins andre wieder 'nein." Und begeisterten Pantheismus verrät es, wenn er ausruft: „Sind Berge, Wellen, Lüfte nicht ein Stück von mir?"

Der Meister aber, dessen Stift nicht müde wurde, die Außenwelt übermütig in lustigen Bildern und Schwänken festzuhalten, hat uns in zwei dünnen Gedichtsbänden — „Kritik des Herzens" und „Schein und Sein" — auch ein rein literarisches Vermächtnis hinterlassen, das mit heiterer „Selbstkritik" den Schluß findet:

„So kommt es denn zuletzt heraus,
Daß ich ein ganz famoses Haus",

eine Autodiagnose, der wir mit dieser Epikrise von Herzen zustimmen!

Richard Paasch, Berlin SW 48, Wilhelmstr. 22.

Ärztliche Rechtskunde.

„Gern hab' ich die Frau'n geküßt" — für den Arzt verboten.

Das Reichsgericht in Schwierigkeiten.

„Küssen ist keine Sünd", dachte ein hannoverscher Arzt, als er einer 16jährigen Arbeiterin, die wegen Rückenschmerzen zu Bett lag, einen Krankenbesuch abstattete; und er küßte das engelhafte Geschöpf schnell auf den Mund. Die Mutter des Mädchens war anderer Meinung, sie zeigte den Vorfall der Krankenkasse an. Die Kasse runzelte die Stirn und entließ den Arzt aus dem Dienstvertrag. Sie motivierte diese Maßnahme in einem Rundschreiben des Kassenärztlichen Vereins damit,

daß ein Arzt, der ungefragt küsse, zur Behandlung weiblicher Patienten nicht geeignet sei. Wegen dieser Maßnahme klagte der Arzt gegen die Hannoversche Ortskrankenkasse, und es entbrannte ein heftiger Streit um den tatsächlichen Hergang bei der Kußszene. Das Mädchen behauptete, über die Zärtlichkeit des Arztes, der sie auch noch in die Lippe gebissen hätte, empört gewesen zu sein, der Arzt hingegen behauptet, das Mädchen habe sich sehr darüber gefreut, daß er ihm erlaubt habe, am nächsten Tage aufzustehen, da habe er gesagt: „Da kannst Du mir auch einen Kuß geben" und das sei bei seiner Stellung als Hausarzt — er habe das Mädchen immer geduzt — nichts Schlimmes. Das Oberlandesgericht Celle unterstellte die Darstellung des Arztes als wahr. Aussagen von Personen im Pubertätsalter seien vorsichtig zu bewerten, es sei immerhin zweifelhaft, ob das Mädchen mit dem Küssen nicht einverstanden gewesen sei. Der geküßte Mund habe weder zur Abwehr geschrien, noch sonst etwas gesagt. Jedoch müsse das Verhalten des Arztes auf jeden Fall als sehr ungehörig bezeichnet werden. Denn ein Arzt darf ein im Bett liegendes Mädchen nicht küssen, schon deshalb nicht, weil so etwas stets falsch beurteilt werden kann und gegen die Standesinteressen verstößt. Da es sich aber um eine einmalige spontane Handlung im Affekt handelt, kann das einmalige Küssen bei der langen Bekanntschaft und dem sonstigen einwandfreien Verhalten des Arztes nicht als grobe Unzuverlässigkeit und deshalb auch nicht als wichtiger Grund zur Entlassung gemäß § 626 BGB. bezeichnet werden. Die Klage des Arztes auf Feststellung der Ungültigkeit der Kündigung ist daher berechtigt, ebenso sein Anspruch auf Unterlassung der im Rundschreiben der Kasse aufgestellten Behauptungen. Dagegen wurden die wegen des Vorgehens der Krankenkasse geltend gemachten Schadensersatzansprüche des Arztes für unbegründet erklärt.

Wegen dieses Urteils hatte die Krankenkasse Revision beim Reichsgericht eingelegt. Der 3. Zivilsenat des höchsten Gerichtshofs hat auf die Revision der Krankenkasse auch noch den Unterlassungsanspruch des Arztes abgewiesen, aber die Ungültigkeit der Kündigung bestätigt. „Reichsgerichtsbriefe" (III 120/31. — Urteil des RG. vom 5. Februar 1932). K. M.-L.

Das Neueste aus der Medizin.

Neue Radiumfunde.

Über bemerkenswerte neue Funde von Radiumerz in beträchtlichen Mengen und von hohem, gut auswertbarem Gehalt wird fast gleichzeitig aus zwei Weltteilen berichtet. In der Gegend von Linz in Österreich soll ein sehr wertvolles Vorkommen festgestellt worden sein. Das zweite Lager soll von Fliegern in Kanada am Großen Bärensee gefunden sein. Man wird der Bestätigung dieser Meldungen mit ebenso großer Spannung entgegensehen, wie man ihren Einfluß auf die Preisgestaltung des Radiums erwarten wird.

Nachklänge zu Lübeck.

Das wissenschaftliche Ausland — nicht nur das unmittelbar beteiligte Frankreich — hat die Lübecker Ereignisse mit Aufmerksamkeit verfolgt und kommentiert. In „Lancet" vom 6. Februar veröffentlicht nunmehr Stanley Griffith experimentelle Studien aus den Field Laboratories der University of Cambridge über die Wirkung des BCG. auf verschiedene damit geimpfte Tierspezies, so auf Guineaschweine, Kaninchen, Ziegen, Hühner, Kälber und Affen. Er gelangt zu dem Ergebnis einer relativen Harmlosigkeit des BCG. für diese Arten und schließt, daß seine Resultate die Beweisführung Calmettes stützen, wonach der BCG. ohne Gefahr, fortschreitende Läsionen zu bewirken, zur Vakzination benutzt werden kann. Die Frage des Impferfolgs wird von ihm nicht behandelt. Die Redaktion des Blattes macht die Arbeit im folgenden Heft (13. Februar) zum Gegenstand eines kritischen Auszugs, dessen Stellungnahme bedeutungsvoll erscheint. Er mahnt vor allem zu ruhiger Geduld und schließt mit den Worten: „Festina lente ist nicht notwendig der Ratschlag der Verzweiflung, es mag auch die Weisheit der Gesundheit sein."

Wissenschaft vom Gefrierfleisch.

Was die Fleischindustrie der Wissenschaft schuldet, stellt Dr. T. Moran in der Januarausgabe von „Chemistry and Industry" in einem interessanten Aufsatz dar. Der Fleischtransport von der anderen Seite der Erde nach europäischen Ländern ist ein Triumph angewandter Wissenschaft. Gefrorenes Hammelfleisch wird von Australien in 40 Tagen nach England gebracht, wofür es auf — 10 Grad unterkühlt werden muß. Die kürzere Reise von Südamerika nach England erlaubt den Transport von nur angefrorenem (chilled) Rindfleisch, wozu eine Temperatur von — 1 Grad ausreicht. Da dieses Fleisch dem hausgeschlachteten mehr ähnelt und daher höher geschätzt wird, versucht man jetzt auch aus Australien „chilled meat" an Stelle des durchgefrorenen („frozen") einzuführen, doch muß dieses sehr schnell verbraucht werden, während das durchgefrorene noch nach Jahr und Tag frisch ist, da die Mikroorganismen bei — 7 Grad nicht mehr wachsen. Durch Oxydation der Fette tritt allerdings eine gewisse Wertminderung in Aussehen wie Geschmack ein, es bilden sich niedere Fettsäuren und vor allem un-

angenehm schmeckende Aldehyde, worunter besonders Speck leidet, der nicht lange aufzubewahren ist. Für die Beförderung von den Häfen nach den Großstädten und Kleinhandelsplätzen hat man in England — unseres Wissens auch bei uns — besondere Kühlwagen in die Güterzüge gestellt, in denen eine Kaliumchromatsole durch Methylchlorid auf —11,3 Grad gehalten wurde, wobei die Pumpe durch die Wagenachse angetrieben wurde.

Hygiene und Nährwert sind bei beiden Arten des Gefrierfleisches dem frischen schon heute ebenbürtig, die Bemühungen sind noch darauf gerichtet, es auch im Geschmack und Aussehen gleichwertig zu machen. Durch Beschleunigung des Gefrierprozesses kann man die unerwünschte Rosafärbung des Fetts durch das Hämoglobin des Blutes verhindern, ebenso das unangenehme Tropfen beim Auftauen einschränken. Man hat beobachtet, daß Fleisch geringerer Qualität durch Bewahren in Kühlräumen an Geschmack und Zartheit gewinnt; es verdankt dies der Umwandlung der chemischen Grundsubstanz des Bindegewebes, des Collagens, in die zartere Gelatine, die durch das Kühlen sehr beschleunigt wird.

Aus der Physik.

Die letzten Lücken im periodischen System der Elemente werden in unseren Tagen ausgefüllt. Amerikanischen Forschern ist in letzter Zeit der — natürlich einstweilen nur spektroskopische — Nachweis der drei Elemente gelungen, die für die noch unbesetzten Stellen des Systems in Frage kamen. Wie man weiß, werden die spektoskopischen Eigenschaften solcher Elemente, insbesondere auch ihr Röntgenspektrogramm, durch die Rutherford-Bohrsche Theorie des Atominnern und die daran geknüpften quantentheoretischen Folgerungen so genau bestimmt, daß auf diesem Wege ihr Nachweis möglich wird, ohne daß man sie selbst schon zu Gesicht bekommen hat. So sind jetzt die Elemente der Ordnungszahlen 87 und 85 festgestellt worden, nachdem das Element 61 schon vor einigen Jahren auf diese Weise „entdeckt" worden ist. Damit wäre die ganze Tabelle von 92 Grundstoffen jetzt vollzählig, und es fragt sich nur noch, ob es vielleicht jenseits des äußersten von ihnen, des Urans, noch schwerere geben kann; dies bleibt einstweilen unentschieden.

Dr. Richard Wolf (Berlin).

Praktische Winke.

Eine günstige Beeinflussung der Arthritis deformans und der klimakterischen Gelenkbeschwerden

ist nach F. Winter (Z. orthop. Chir. 1931 S. 455) durch Behandlung mit Jobramagtabletten möglich. Eine Jobramagtablette (Hersteller A. Mendel A. G., Berlin-Schöneberg) enthält 0,01 g Jod und 0,025 g Brom organisch an Eiweiß gebunden. Bei einer Tagesdosis von 3×1 Tablette wurde in 24 Fällen von Arthritis deformans nach einer Woche bereits ein Nachlassen und nach drei bis vier Wochen sogar ein Verschwinden der Schmerzen in den Gelenken beobachtet. Dabei erwies sich die Bromkomponente als besonders wirksam im Vergleich zur einfachen Joddarreichung. Durch Behandlung mit Jobramag wurden auch gleichzeitig bestehende klimakterische Beschwerden gebessert.

Für die Behebung von Unruhezuständen

aller Art, so von nervösem Herzklopfen, klimakterischen Störungen, Angina pectoris spur., von Schlaflosigkeit usw. hat sich in neuerer Zeit Pinner (Dtsch. Ärzt. Ztschr. H. 5 S. 234) und Zachariae (Der Landarzt 1930 H. 5) das Esdesan bewährt (Hersteller: Pharmarium G. m. b. H., Berlin-Charlottenburg). Es stellt ein Kombinationspräparat aus Baldrian-Mistel- und Mohnextrakt unter Zusatz von Strophantus und Chloralhydrat dar.

Das auch zur Kassenrezeptur durch das Berliner Ärzteverordnungsbuch und das Verordnungsbuch des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen zugelassene Mittel ist frei von unangenehmen Neben- oder Nachwirkungen und kann in der Dosierung dreimal täglich 25 Tropfen auf Zucker oder in Wasser zur Behandlung der erwähnten Zustände durchaus empfohlen werden.

Bei ulzerativen Prozessen des Magen-Darmkanals

sahen Ettinger und Weißböck (Med. Klin. 1931 Nr. 46) von der Bismoterrantherapie gute Erfolge. Das Bismoterran (Hersteller: A. Mendel A. G., Berlin-Schöneberg) ist ein synthetisches Bismutsilikat, das neben der säurebildenden, adsorbierenden und der Deckwirkung des Bismuts durch seinen Kieselsäuregehalt bei oraler Darreichung auch eine gewisse Reizkörperwirkung entfaltet. Neben der Ulkusdiät in Dosen von 5×0,5 nach den Mahlzeiten verabreicht, hatten Verff. mit Bismoterran bei 413 Fällen von Ulc. ventric. und duoden. gute Erfolge, ebenso auch bei Hyperaziditätsbeschwerden. Mit täglich 5 g Bismoterran wurden tuberkulöse Darmgeschwüre günstig beeinflußt und in Dosen von 5—10 g pro die, die ohne Schädigung monatelang genommen werden konnten, auch die Diarrhöen bei toxischer Enteritis und Colitis ulcerosa. C. Kayser (Berlin).

Praktische Erfahrungen mit Agarol

teilt J. Hirsch aus dem Städtischen Krankenhaus Hindenburg O.-S. in der Ther. Gegenw. 1931 H. 10 mit. Agarol ist durch seine Kombination von Gleitmittel (Paraffinöl) und Peristaltik anregendem Mittel (geringer Phenolphthaleinzusatz) besonders geeignet

als Stuhlregelungsmittel. Es wurde vom Verf. in einer großen Zahl von Fällen angewandt und zeigte fast ausschließlich gute Erfolge bei habitueller Obstipation wie bei akuten Gastro-Enteritiden, bei chirurgisch wie bei innerlich Kranken. Gleichzeitig bildet Agarol eine wertvolle Unterstützung der Purgierung durch Einläufe bei Röntgenaufnahmen von Darmteilen u. a. m. Auch in der Kinderpraxis ist das Präparat gut anwendbar, wobei ihm sein angenehmer Geschmack zugute kommt. Schädigungen irgendwelcher Art, die durch das im Agarol enthaltene Phenolphthalein verursucht werden könnten, konnten vom Verf. in keinem Falle festgestellt werden, so daß sogar gegen eine Verwendung des Präparates selbst bei leichten Fällen von Nierenerkrankungen kaum Bedenken bestehen. H.

Aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Sitzung der **Berliner medizinischen Gesellschaft** vom 17. Februar 1932 gab der Ordinarius für Hygiene an der Berliner Universität, Geh. Rat Hahn einen außerordentlich fesselnden Überblick über den Verlauf des Lübecker Prozesses, dem er selbst als Sachverständiger beigewohnt hatte. Es erscheint ihm mit der in solchen Fragen überhaupt nur möglichen Sicherheit erwiesen, daß eine Verwechslung mit dem sogenannten Kieler Stamm bzw. eine Verunreinigung mit diesem stattgefunden hat. Von diesem Unglück abgesehen sind aber noch eine Reihe von anderen Faktoren zu berücksichtigen, die in der gesamten Organisation liegen und an welchen man nicht vorbeigehen darf, die vielmehr einer baldigen Abstellung bedürfen. Das Nebeneinanderarbeiten von ärztlichen und Verwaltungsstellen hat seine bedenklichen Folgen gezeitigt. So lag überhaupt kein Anlaß vor, eine Prophylaxe bei Säuglingen zu treiben, denn von ca. 1900 Neugeborenen im Jahr 1929 erkrankten nur 3 an Tuberkulose. Es muß dringend gefordert werden, daß über alle ähnliche Bestrebungen eine Zentralstelle waltet, deren Befugnisse für das ganze Reich maßgebend sein müssen und der die alleinige Verantwortung dann auch zufällt. Die Kleinstaaterei hat in dieser gesundheitlichen Frage zu einem Massenunglück geführt, dessen Verantwortung sich auf viele Schultern, nicht nur auf die der bedauernswerten Verurteilten, teilt. H.

Die Sitzung der **Berliner medizinischen Gesellschaft** vom 2. März 1932 war der Bewertung der Ovarialtherapie gewidmet. Der Amsterdamer Pharmakologe, Prof. Laqueur, entwickelte die pharmakologischen Grundlagen der Behandlung. Für die Anwendung eines Medikaments gibt es zwei Voraussetzungen, einmal die Konstanz des Mittels, dann die Einheitlichkeit des klinischen Krankheitsbildes. Leider sind wir in beiden Punkten bei der Ovarialtherapie von dieser Forderung noch weit entfernt. Vom pharmakologischen Standpunkt aus muß zwischen den Organpräparaten, den Auszügen und den Hormonpräparaten unterschieden werden. In den Organpräparaten und den Auszügen haben wir eine Kombination vor uns, deren einzelne Bestandteile noch nicht bekannt sind, während z. B. das Menfoform, zwar sicher nicht das einzige weibliche Hormon, zum Ausgangspunkt der Forschung über die Hormonpräparate gemacht werden kann. Ein weiteres Hormon entstammt dem Corpus luteum. Am Tier zeigt sich die Wirkung in Brunst bei Nagetieren, Uterusblutungen bei kastrierten Affen, Wachstum von Uterus und Mamma. Eine sichere Eichung ist zur Zeit noch nicht möglich, insbesondere ist die Wirkung sowohl bei den einzelnen Tiergattungen unterschiedlich, wie auch bei der Art der Verabfolgung, ob subkutan oder per os. — Prof. Wagner, Direktor der Charitéfrauenklinik, besprach die Ovarialtherapie vom Standpunkt des Gynäkologen aus. Er gab zunächst einen Überblick über die normalen und pathologischen Vorgänge am weiblichen Sexualapparat, der er eine Übersicht über den Einfluß der Eierstockpräparate anschloß. Die Schwierigkeit liegt in der richtigen Erkennung der Ursache einer Störung und damit in der Indikation zur Anwendung der genannten Präparate. Er gab hierfür einige charakteristische Beispiele. Bei Amenorrhöe der jungen Mädchen in Fällen, in welchen die Menstruation überhaupt noch nicht eingetreten ist, sind die Resultate schlecht. Ist diese jedoch schon vorhanden gewesen, ferner bei Kastrations- und Klimaxbeschwerden, ist mit einem Erfolg zu rechnen. Anschließend gab er eine Übersicht über die gebräuchlichsten Präparate. — Vom Standpunkt des Internisten äußerte sich dann Prof. v. d. Velden. Grundumsatz und intermediärer Stoffwechsel, z. B. bei der Fettsucht, werden durch die Therapie nicht geändert. Gute Erfolge sieht man zuweilen bei den Kreislaufstörungen in der Klimax und bei der Hypertonie. Auch klimakterische Gelenkleiden werden gut beeinflußt. Ein abschließendes Urteil läßt sich heute noch keineswegs geben und es muß das Bestreben aller sein, weitere Erfahrungen auf diesem schwierigen, aber sicher aussichtsreichen Gebiet zu sammeln.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß an Stelle der vor kurzem noch allgemeinen optimistischen Auffassung über die Wirkung der Ovarialorgan- und Hormonpräparate eine beruhigtere Auffassung getreten ist, die, ohne in Resignation zu verfallen, bestrebt ist, das wirklich Erfolgreiche der Therapie zu ermitteln und damit die heute sicher noch viel zu weit gestellte Indikation der Anwendung auf das richtige Maß zurückzuschrauben. Über den Zeitpunkt, wann dieses der Fall sein wird, lassen sich, auch annähernd, heute keinerlei Angaben machen. Doch bedeutet es immerhin einen Fortschritt, daß von theoretischer und praktischer Seite vor der kritiklosen Anwendung dieser Mittel gewarnt wurde und die Wege gezeigt wurden, wo Erfolge in Aussicht stehen. Wenn dieses Gebiet nicht übermäßig groß erscheint, so mag dieses, sowohl in der inneren Medizin, wie in der Gynäkologie, in der Schwierigkeit der Auswahl der Fälle, also in der Diagnostik in engerem Sinne begründet sein. H.

Tagesgeschichte.

Rundfunkprogramm für Monat April 1932. Auf Welle 1635 über Königswusterhausen. Am 1. April, 19,00—19,20 Uhr Priv.-Doz. Dr. Frhr. v. Verschuer (Berlin): Zwillingsforschung; 19,20—19,25 Uhr Das Neueste aus der Medizin. Am 15. April, 19,00—19,20 Uhr Prof. Dr. J. H. Schultz (Berlin): Freud und Adler; 19,20—19,25 Das Neueste aus der Medizin. Am 29. April, 19,00—19,25 Uhr Priv.-Doz. Dr. W. Schultz (Berlin): Lymphoidzellige Angina.

Der VII. internationale Fortbildungskursus über die praktischen Fortschritte der **Röntgendiagnostik und Strahlentherapie** findet vom Sonntag, den 10. April bis Sonntag, den 17. April in Berlin statt und zwar in unmittelbarem zeitlichen Anschluß an den Fortbildungskurs für Chirurgen, der vom 4. bis 9. April veranstaltet wird. Ausführliche Programme durch die Dozentenvereinigung für ärztliche Fortbildung, Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4 (Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen).

Die Deutsche Gesellschaft für innere Medizin tagt in diesem Jahre vom 11.—14. April in Wiesbaden unter Vorsitz von Prof. Morawitz (Leipzig). Näheres über Sitzung haben wir bereits in der Nr. 1 unserer Zeitschrift auf S. 35/36 gebracht.

Den 5. Ärztlichen Fortbildungskursus veranstaltet die Badedirektion und der Ärzteverein Bad Elster im Einvernehmen mit der Balneologischen Gesellschaft und der Zentralstelle für

Balneologie Berlin vom 17. bis 20. Mai in Bad Elster. Das Grundthema des Kurses befaßt sich mit den „Bewegungsstörungen", die bei den gegenwärtigen Bestrebungen der Rheumabekämpfung im Vordergrund des Interesses stehen. Als Vortragende wirken mit die Herren: Prof. Baensch (Leipzig), Prof. Blencke (Magdeburg), Prof. Borchardt (Königsberg), Geh.-Rat Köhler (Bad Elster), Priv.-Doz. Dr. Kohlrausch (Berlin), Prof. Krauspe (Leipzig), Prof. Kreuz (Berlin), Geh.-Rat Lange (München), Dr. Laqueur (Berlin), Geh.-Rat Schmorl (Dresden), Prof. Schoen (Leipzig), Prof. Schroeder (Leipzig) und Priv.-Doz. Dr. Wigand (Königsberg). — Anmeldungen sind zu richten an die Badeverwaltung Bad Elster. L.

An der Sozialhygienischen Akademie in Berlin-Charlottenburg wird der nächste dreimonatige sozialhygienische Lehrgang für Kreisarzt-, Kreiskommunalarzt-, Schul- und Fürsorgearztanwärter vom 18. April bis 16. Juli abgehalten. Der Lehrgang, der alle sozialmedizinischen Gebiete umfaßt und auch die Gewerbekrankheiten und alle Fragen der Begutachtung eingehend berücksichtigt, entspricht im übrigen den Prüfungsbestimmungen für Kreisarztanwärter. Die Teilnehmerzahl ist beschränkt. Näheres durch das Sekretariat Berlin-Charlottenburg 9, Spandauer Chaussee 1. L.

Ein Kurs über neuzeitliche Anaerobenzüchtung für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, landwirtschaftliche und technische Bakteriologen findet vom 23. bis 28. Mai im Institut Robert Koch statt. Kurslehrer sind Prof. Gins und Dr. Portner. Näheres durch das Institut Berlin N 65, Föhrerstr. 2. L.

Die Balneologische Gesellschaft in Berlin veranstaltet ihre 47. Tagung unter dem Vorsitz von Ministerialdirektor i. R. Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. D. Dr. Dietrich vom 6. bis 10. April 1932 in Bad Salzuflen. Der Kongreß befaßt sich in der Hauptsache mit dem Thema: Die Bedeutung der Kohlensäure in der Kurortbehandlung der Herzkrankheiten. Ferner sollen die Grundzüge der zweiten Auflage des Deutschen Bäderbuches besprochen werden. Auch eine Besichtigung der Nachbarkurorte Bad Meinberg und Bad Oeynhausen ist vorgesehen. Zu dem Kongreß sind auch Nichtmitglieder, die sich für Kurortwissenschaft interessieren, eingeladen. Eine Kongreßgebühr wird nicht erhoben. Näheres durch den Generalsekretär Dr. Max Hirsch, Berlin W 35, Steglitzerstr. 66. L.

Geh. San.-Rat Dr. Carl Augstein vollendet heute sein 80. Lebensjahr. In Ostpreußen geboren wurde er nach Ausbildung auf der „Pepinière" Militärarzt und spezialisierte sich später nach längerer Assistententätigkeit bei Schneller in Danzig als Augenarzt, ließ sich 1883 in Bromberg nieder, wo er eine Privatanstalt gründete, die schließlich eine der größten Privataugenkliniken Deutschlands war. Viele Assistenten und wissenschaftliche Arbeiten gingen aus seinem Institut hervor. Pigmentstudium am lebenden Auge, Hemeralopie, Keratokonus, Trachom und Farbensinn gehörten zu seinen bevorzugten Forschungsgebieten. Als Bromberg polnisch wurde, ging Herr A. nach Labiau (Ostpr.), wo er noch heute tätig ist. — Wir gedenken an seinem 80. Geburtstage auch seiner erfolgreichen Tätigkeit auf dem Gebiete der ärztlichen Fortbildung und senden ihm herzliche Grüße und Wünsche für seinen Lebensabend. L.

Dr. Cl. Koll, Wupperthal-Elberfeld, blickt auf eine 25 jährige Tätigkeit als Augenarzt am St. Joseph-Hospital zurück. Seit Beginn der Organisation des ärztlichen Fortbildungswesens hat sich Herr K. innerhalb des Elberfelder Ortsausschusses für das ärztliche Fortbildungswesen auch als Kurslehrer eifrig betätigt. Wir wünschen, daß es ihm beschieden sein möge noch recht lange für seine Abteilung und die ärztliche Fortbildung segensreich zu wirken. L.

In Breslau wird ein Institut für Neurologie errichtet. Die Rockefeller-Stiftung hat dem Professor für Neurologie, Ottfried Förster, für diesen Zweck 50000 Dollars zur Verfügung gestellt. Die Stadt gibt den Grund und Boden für das Gebäude her, das in ihr Eigentum übergeht. Sie wird das Gebäude für Forschungszwecke zur Verfügung stellen und jährlich einen Betrag von 10000 Reichsmark zur Verfügung bereitstellen.

Nach Zigarettengenuß ist, wie Dr. Emanuel von der Kinderklinik der med. Akademie in Düsseldorf berichtet, in der Frauenmilch Nikotin nachweisbar. Nach 7 und mehr Zigaretten innerhalb 1—2 Stunden fand sich in der Milch von Ammen bis zu 0,03 mg Nikotin im Liter, ohne daß dieser Gehalt auf die Stillfähigkeit und auf das Befinden der Säuglinge nachteiligen Einfluß hatte. Aber bei Genuß von mehr als 15 Zigaretten wäre doch eine Schädigung der Säuglinge zu erwarten. — Das Nikotin wurde größtenteils durch den Urin wieder ausgeschieden.

Personalien. Prof. Brogsitter, Oberarzt der II. medizinischen Universitätsklinik in München, ein Schüler von Friedrich v. Müller wurde zum Chefarzt der inneren Abteilung am St. Hedwigskrankenhaus in Berlin an Stelle von Prof. Martini, der das Ordinariat in Bonn übernimmt, ernannt. — Dr. Katz, Oberarzt am Krankenhaus der israelitischen Gemeinde in Frankfurt a. M., wurde zum Chefarzt der chirurgischen Abteilung des neuerbauten Krankenhauses in Alexandrien gewählt. — Geh.-Rat Krause, der bekannte Gehirnchirurg.emerit. Direktor des Augusta-Hospitals in Berlin, feierte seinen 75. Geburtstag. — Prof. Seidel (Heidelberg), hat den Ruf auf den Lehrstuhl für Augenheilkunde in Jena an Stelle von Prof. Löhlein angenommen. — Prof. Wagner-Jauregg (Wien) feierte seinen 75. Geburtstag. — Der durch die Emeritierung des Geh. Med.-Rats Prof. Maurer freiwerdende Lehrstuhl für Anatomie in Jena ist Prof. Stöhr in Bonn angeboten worden. — Der frühere a. o. Professor für Orthopädie in Köln, Prof. Cramer wurde 70 Jahre alt. — Prof. Wilhelm Schüffner, Direktor des Instituts für Tropenhygiene in Amsterdam, erhielt den Preis der Dr.-Hans-Aronson-Stiftung. — Prof. Ernst Rautenberg (Lichterfelde) ist mit der Leitung der neu zu schaffenden inneren Abteilung des Oberlinhauses in Nowawes beauftragt worden. — Prof. Robert Meyer, langjähriger Prosektor an der Universitätsfrauenklinik in Berlin, wurde zum Honorarprofessor ernannt. — In Berlin habilitierten sich Dr. Wilhelm Richter für Chirurgie, Dr. F. Ellinger für medizinische Physik. — Dr. Gerhard Jorns habilitierte sich in Jena für Chirurgie. — In München habilitierten sich Dr. Werner Schulze (Würzburg) für Chirurgie, Dr. Stumpf für physikalische Therapie und Röntgenologie. — Dr. Randerath habilitierte sich an der Akademie in Düsseldorf für Pathologie. — Prof. Philipp Ellinger (Heidelberg) hat den Ruf auf den Lehrstuhl der Pharmakologie an der Akademie in Düsseldorf als Nachfolger von Prof. A. Jarisch angenommen. — Dr. Stuart Ritter v. Linhardt, Oberarzt am Stadtkrankenhause in Offenbach a. M., wurde zum Chefarzt der chirurgisch-gynäkologischen Abteilung des Diakonissenkrankenhauses in Speyer ernannt. — Dr. Ludolph Brauer (Hamburg) wurde zum Ehrenmitglied des Ärztevereins in Davos ernannt. — Die Vorschlagsliste für den Hisschen Lehrstuhl in Berlin lautet: primo loco: Volhard, Schittenhelm, Morawitz; secundo loco: Eppinger; tertio loco: Staehelin; Morawitz wurde berufen. — Dr. Karl Mathé habilitierte sich in Hamburg für Laryngologie, Rhinologie und Otologie. — Den Privatdozenten in Tübingen, Dr. Wilhelm Karl Bender (Chirurgie), Dr. Otto Beck (Kinderheilkunde), Dr. Martin Nordmann (pathologische Anatomie) ist die Dienstbezeichnung außerordentlicher Professor verliehen worden. — Dr. Otto Fischer, Privatdozent für Tropenhygiene in Tübingen, und Dr. Helmut Schmidt, Privatdozent für Chirurgie in Hamburg, erhielten den Preis der Martini-Stiftung (1200 M.) je zu gleichen Teilen. — Priv.-Doz. Dr. Delhougue wurde beauftragt, den durch Fortgang von Prof. W. Heubner in Heidelberg erledigten Lehrstuhl für Pharmakologie für das Sommersemester zu vertreten.

Erinnerungstage aus der Geschichte der Medizin. 8. April. 1872. 60 Jahre. Arzt Iwan Bloch geboren in Delmenhorst. Sexualforscher. Herausgeber des „Handbuchs der gesamten Sexualwissenschaft".

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 4 und 12.

Lippert & Co. G.m.b.H., Naumburg (Saale)
Printed in Germany

Jodex

Jodpräparat für äußerliche Anwendung

Drüsenschwellungen, rheumatische Leiden, Struma, Exsudate, Pleuritis, Rippenfellreizungen, Luftröhrenkatarrh, Bronchialkatarrh, Arthritis deformans, Prostataleiden

Zugelassen vom Hauptverband deutscher Krankenkassen!

Literatur und Proben kostenfrei

CHEMISCHES WERK DR. KLOPFER G. M. B. H., DRESDEN-A. 20

INSULIN SPAREND

ERFOLGREICH BEWÄHRT

FERMOCYL

TABLETTEN

HEFE-UND PANKREAS-FERMENT

BEI

AKNE, DIABETES

VIAL & UHLMANN

FRANKFURT a.M.

Notizen.

Kongresse der nächsten Zeit.

3.—5. IV.: Dtsch. Röntgenges. in Dresden.
6.—10. IV.: Balneolog. Gesellschaft in Bad Salzuflen (Dr. Hirsch, Berlin W 35, Derfflingerstr. 7).
8.—11. IV.: Dtsch. Pharmakol. Ges. in Wiesbaden (Prof. Lipschitz, Frankfurt a. M., Pharmakol. Instit.).
11.—14. IV.: Dtsch. Ges. f. innere Medizin in Wiesbaden (Schriftf.: Dr. Géronne, Wiesbaden).
23.—24. IV.: Dtsch. Ges. f. innere Medizin u. Neurologie der Tschechoslowakei in Prag.
16.—19. V.: Dtsch. Dermatol. Ges. in Wien (Dr. A. Matras, Wien IX, Alserstr. 4, Allg. Krhs.
18.—21. V.: Dtsch. Verein für Psychiatrie in Bonn (Prof. Dr. Ilberg, Dresden-Bl., Schubertstr. 41).
19.—21. V.: Dtsch. Ophthalmologische Gesellschaft in Leipzig (Prof. Wagenmann, Heidelberg).
Pfingsten: Hals-Nasen-Ohrenärzte in Bad Ems.
7.—9. VII.: Intern. Ges. f. Logopädie u. Phoniatrie in Budapest (Prof. Fröschels, Wien IX, Ferstelgasse 6).
26.—30. VII.: Hundertjahrfeier der British Medical Association in London.
15.—18. VIII.: Internat. Kongr. f. Lichtforschung in Kopenhagen (Dr. Kissmeyer, Finsen-Lichtinstit., Strandboulevarden).
24.—31. VIII.: Internat. Vererbungskongreß in Ithaka-New-York (Cornell-University).
29. VIII.—3. IX.: Internat. Kongr. für Physiologie in Rom (Geschäftsstelle in Neapel, S. Andrea delle Dame, 21).

Bei Bezug der „Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung" durch die Post sind
Beschwerden über verspätete Zustellung
grundsätzlich zuerst an den Briefträger oder an das zuständige Postamt zu richten. Erst wenn dieser Schritt erfolglos war, kann der Verlag helfend eingreifen


Palm'sche Apotheke Schorndorf (Württbrg.)
Pasta Palm
Name als Marke geschützt
Ärztlich empfohlenes Abführmittel für Erwachsene u. Kinder.
Beliebt wegen seines Wohlgeschmacks und seiner zuverlässigen Wirkung.
PASTA PALM enthält nur rein pflanzliche, auch bei längerem Gebrauch unschädliche Stoffe.

Verantwortlich für den Anzeigenteil: Viktor Brychcy, Berlin W 35, Potsdamer Straße 27a. — Druck: Buchdruckerei Lippert & Co. G. m. b. H., Naumburg a. S.